



National Library
of Canada

Acquisitions and
Bibliographic Services Branch

395 Wellington Street
Ottawa, Ontario
K1A 0N4

Bibliothèque nationale
du Canada

Direction des acquisitions et
des services bibliographiques

395 rue Wellington
Ottawa (Ontario)
K1A 0N4

NOTICE

The quality of this microform is heavily dependent upon the quality of the original thesis submitted for microfilming. Every effort has been made to ensure the highest quality of reproduction possible.

If pages are missing, contact the university which granted the degree.

Some pages may have indistinct print especially if the original pages were typed with a poor typewriter ribbon or if the university sent us an inferior photocopy.

Reproduction in full or in part of this microform is governed by the Canadian Copyright Act, R.S.C. 1970, c. C-30, and subsequent amendments.

AVIS

La qualité de cette microforme dépend grandement de la qualité de la thèse soumise au microfilmage. Nous avons tout fait pour assurer une qualité supérieure de reproduction.

S'il manque des pages, veuillez communiquer avec l'université qui a conféré le grade.

La qualité d'impression de certaines pages peut laisser à désirer, surtout si les pages originales ont été dactylographiées à l'aide d'un ruban usé ou si l'université nous a fait parvenir une photocopie de qualité inférieure.

La reproduction, même partielle, de cette microforme est soumise à la Loi canadienne sur le droit d'auteur, SRC 1970, c. C-30, et ses amendements subséquents.

Application du Travail Créateur
de la Thérapie par l'Art au Processus Psychosomatique
de l'Hyperemesis Gravidarum

Madeleine Caissy

Thèse
du
Département
de
Thérapie par L'art

Présentée selon les exigences requises pour
le Degré de Maîtrise en Thérapie par L'art
à l'Université Concordia,
Montréal, Québec, Canada

Août 1992

© Madeleine Caissy, 1992



National Library
of Canada

Acquisitions and
Bibliographic Services Branch

395 Wellington Street
Ottawa, Ontario
K1A 0N4

Bibliothèque nationale
du Canada

Direction des acquisitions et
des services bibliographiques

395, rue Wellington
Ottawa (Ontario)
K1A 0N4

The author has granted an irrevocable non-exclusive licence allowing the National Library of Canada to reproduce, loan, distribute or sell copies of his/her thesis by any means and in any form or format, making this thesis available to interested persons.

The author retains ownership of the copyright in his/her thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without his/her permission.

L'auteur a accordé une licence irrévocable et non exclusive permettant à la Bibliothèque nationale du Canada de reproduire, prêter, distribuer ou vendre des copies de sa thèse de quelque manière et sous quelque forme que ce soit pour mettre des exemplaires de cette thèse à la disposition des personnes intéressées.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur qui protège sa thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

ISBN 0-315-84638-0

Canada

Sommaire

Application du Travail Créateur de la Thérapie par l'Art au Processus Psychosomatique de l'Hyperemesis Gravidarum

Madeleine Caissy

En illustrant ses propos d'une étude de cas, cette thèse tente d'établir un lien permettant au travail créateur d'intervenir dans le processus psychosomatique de l'hyperemesis gravidarum et d'en alléger les symptômes

Dans le but de considérer les possibilités du travail créateur comme outil d'intervention auprès de cette maladie, il a été nécessaire d'approfondir le concept de somatisation, ses facteurs selon leurs principales origines, sa genèse dans le développement et la valeur symbolique du symptôme. Cette étude est basée sur le fonctionnement du travail créateur comme signe conjugué du corps et de l'esprit. Par le parcours thérapeutique clinique du cas, elle dégage le rôle contributif privilégié qu'il a pu jouer dans l'allègement des symptômes de somatisation.

REMERCIEMENTS

Mes tous premiers remerciements vont à la sujette de cette étude, Mme O (pseudonyme), dont la grossesse a tant éveillé ma curiosité qu'elle a donné naissance au travail de cette recherche , au glanage des précieuses connaissances qu'elle renferme et au désir de poursuivre les explorations en matière psychosomatique

Je remercie spécialement le directeur de thèse, Pierre Grégoire pour son inébranlable confiance ,et les lectrices du comité, Julia Byers et Rachel Garber pour leur intérêt et la clarté de leurs suggestions qui ont rendu possible la construction et l'achèvement de ce texte

Je tiens aussi à remercier chaleureusement la secrétaire du département, Chistine Nadeau dont la sollicitude et la chaleur toute humaine ont combien facilité les démarches à travers le dédale et les vicissitudes bureaucratiques

Je désire finalement remercier mon compagnon Gilles, pour son inestimable réconfort pendant le doute et les solitudes du processus d'écriture

TABLE DES MATIÈRES

	page no
INTRODUCTION	1
-sujet	1
- méthodologie	1
CHAPITRE UN - ETUDE DE CAS MME O	5
-Préliminaire	6
I LA GROSSESSE NORMALE	9
1 Les trois trimestres	10
2 Un mode 'e psychobiologique de maturation	17
3. Les facteurs de personnalité et l'application de leur rôle	18
4. Un événement psychosomatique	19
II. IDENTIFICATION DU CAS	21
III. L'HYPEREMESIS GRAVIDARUM	24
1 Bref historique	24
2 Description, diagnostique et étiologie	25
3 Le facteur psychosomatique.	26
4 Notes sur l'hystérie	28
5 Traitements	30
IV EN CONTEXTE DE THÉRAPIE PAR L'ART	32
1 Session d'évaluation	32
- réactions	32
- utilisation du symbole et associations	33

- évaluation	37
-effets thérapeutiques de la session d'évaluation	38
2 Suivi thérapeutique	40
3 Synthèse	47
CHAPITRE DEUX-LE CONCEPT DE SOMATISATION	50
-Préliminaire	51
I LE CONCEPT DE SOMATISATION	53
II SURVOL DES REPÈRES THEORIQUES OFFERTS PAR LA PSYCHOSOMATIQUE MODERNE CONCERNANT LES FACTEURS PRÉDISPOSANTS ET CONTITUTIFS DU SYMPTOME	56
1 Repères d'origine psychologiques	58
A modèle du profil de personnalité spécifique...	58
B modèle du conflit nodal dynamique	59
C modèle de l'influence du stress.	61
D modèle psychanalytique du traumatisme	61
E modèle du champ interactionnel	62
F. modèle du changement psychosocial	63
G modèle de l'inhibition névrotique; la dynamique dualiste des pulsions de vie et de mort.	63
2 Repères d'origine physiologiques et psychophysiologiques	66
A. modèle de l'apprentissage (le "learning")	66
B. modèle de la réaction au stress	66
3 Conclusion	67
III DU DÉVELOPPEMENT DE L'INDIVIDU COMME PHASE DÉCISIVE DANS CELUI DU SYMPTOME.	70

1 Le modèle théorique de Freud	71
2 Le modèle théorique Kleinien	74
3 Le modèle théorique de Winnicott	77
4 Le modèle théorique de Marty	79
IV LA SOMATISATION VUE SOUS L'ANGLE DU SYMBOLE D'UN CONFLIT INTRAPSYCHIQUE	84
1. Notes sur le symbole et l'unité psychosomatique	84
2. Le symptôme un symbole ayant un sens et un but	86
- Le sens .	86
- Le but	87
3 La dynamique du conflit .	88
CHAPITRE TROIS - FONCTIONNEMENT ET POUVOIR DU TRAVAIL CRÉATEUR EN THÉRAPIE PAR L'ART	90
I LE TRAVAIL CRÉATEUR EN THÉRAPIE PAR L'ART	91
1 Préliminaires	91
2 Les sources du besoin de "faire" de l'art les pulsions	92
A L'expérience corporelle	94
3. . et le jeu.	95
A La valeur fonctionnelle du jeu	96
B Notes sur la sublimation	97
C Les caractéristiques distinctives de l'art	98
D Notes sur la symbolisation	99
E L'art thérapeutique . .	100
4 Les mécanismes physiques du mouvement créateur	101
A. L'énergie. . .	104

B La respiration	106
C Le corps utilisé	108
- note explicative sur la motilité	111
D Le rythme	113
II LE MOUVEMENT CRÉATEUR COMME INTERMÉDIAIRE	
ENTRE L'ESPACE "EN-DEHORS" PHYSIOLOGIQUE	
ET L'ESPACE "EN-DEDANS" PSYCHIQUE	115
1 L'espace "en-dehors" physiologique	116
2 L'espace "en-dedans" psychique	118
3 Les réponses isomorphiques en thérapie par l'art.	120
4. La gestalt	121
III DE LA DIALECTIQUE PHYSIQUE/PSYCHIQUE	
VUE COMME UN "AUTRE MOI"	122
1 La dialectique	122
2 La dialectique du mouvement	123
3 La dialectique du dehors et du dedans	123
4 La dialectique du travail créateur.. . . .	125
5 Le rôle de l'image produite en thérapie par l'art	126
6 L'image, produit dialectique créé par le travail créateur.. . . .	127
7 La dialectique du travail créateur vue comme un	
"autre moi"	128
IV LE POUVOIR DE TRANSFORMATION	
DE L'AUTRE MOI"	131
CONCLUSION	134
Avantages et limitations	138
- Aspects devenus apparents au cours de la recherche.. . . .	143

- Suggestions pour de futures recherches	145
REFERENCES	146

INTRODUCTION

- Sujet

La question de cette recherche s'adresse au processus psychosomatique d'une maladie de grossesse appelée hyperemesis gravidarum et à la possibilité de l'allègement des symptômes par le travail créateur tel que pratiqué en thérapie par l'art

La présentation de l'étude clinique du cas de Mme O (pseudonyme), dont le problème de grossesse avait été diagnostiqué hyperemesis gravidarum sert d'illustration

- Méthodologie

Cette thèse est divisée en trois chapitres majeurs établis dans l'ordre suivant l'étude de cas de Mme O, le concept de somatisation, le fonctionnement et le pouvoir du travail créateur en thérapie par l'art

Dans le but de considérer les possibilités du travail créateur comme outil d'intervention auprès de l'hyperemesis, il a été nécessaire, dans le deuxième chapitre, d'approfondir en premier lieu le concept de somatisation et ses facteurs, en deuxième lieu, la genèse et la valeur du symptôme.

Le Chapitre Un est articulé en quatre sections Etant donné que le propos de cette étude est sous-tendu par le déroulement d'une grossesse,

L'étude du cas de Mme O a été tout d'abord placée dans le cadre référentiel d'une grossesse normale. Dans cette perspective, la première section parcourt les étapes et caractères des trois trimestres de la grossesse, les enjeux du processus de maturation, les facteurs de personnalité et l'application de leur rôle, finalement, la description du processus psychosomatique normal.

La deuxième section identifie les traits de la problématique du cas de Mme O. On notera que l'identification de la nationalité étrangère de Mme O a contribué, de façon limitée et non-systématique, à étayer les observations par des considérations liées au contexte socio-culturel de Mme O. Le même procédé est aussi utilisé dans la section évaluative et thérapeutique.

La troisième section est destinée à nous introduire à la pathologie de l'hyperemesis gravidarum. Les informations sur l'aspect psychologique du facteur psychosomatique justifient l'insertion d'informations supplémentaires concernant l'hystérie.

Nourrie par la matière des trois premières sections, la quatrième permet de suivre l'évolution dynamique de Mme O selon les méthodes de la thérapie par l'art. Elle est ainsi apte à créer une connaissance empirique des effets du travail créateur sur le processus psychosomatique de la grossesse de Mme O. Son analyse tient compte de la session d'évaluation et du suivi thérapeutique.

Le Chapitre Deux est aussi divisé en quatre sections : les deux premières sont destinées à clarifier le concept de somatisation ; le concept lui-même, les facteurs prédisposants et constitutifs, les deux dernières : la phase de formation du symptôme dans le développement et finalement, le sens et le but du conflit caché servent le propos d'une meilleure compréhension de la dynamique d'un symptôme psychosomatique. Comme nous le verrons,

différents modèles théoriques seront présentés. Les liens avec le cas de Mme O. seront présentés dans la conclusion.

Le développement théorique sur le processus de somatisation est, comme nous le verrons, relativement jeune et issu de sources diverses. Le processus lui-même est complexe et multifactoriel (Haynal et Pasini, 1984). Ces deux aspects expliquent le recours aux nombreux modèles dans la deuxième section. La matière étant dense, elle se termine par une conclusion apte à regrouper l'essentiel de toutes ces connaissances.

Parce que la psychanalyse occupe une place importante en ce qui concerne les interprétations des mécanismes symboliques en matière de somatisation (Haynal et Pasini, 1984), quatre de ses modèles servent de point d'appui au sujet de la troisième section. Le choix de Freud s'est imposé, sa théorie représentant un objet d'influence et de "polarisation" pour de nombreuses autres recherches dans le domaine (Chemouni, 1984). Klein et Winnicott figurent sur la base de leur intérêt particulier pour le développement de l'individu. Fortement inspiré par les idées freudiennes, Marty prend place parce qu'il est psychosomaticien contemporain et représente les idées de l'école française sur le sujet.

La quatrième section traite du langage symbolique du symptôme; cet aspect sert de charnière entre les descriptions théoriques du concept de somatisation et la pertinence du troisième chapitre.

Le Chapitre Trois est consacré à l'exploration de la nature psychophysiologique du travail créateur en thérapie par l'art, dont la fonction dialectique possède un pouvoir de transformatif. Les quatre sections du chapitre sont construites de façon intime; chacune découle consécutivement de la précédente. Respectivement, elles traitent du travail créateur sous l'angle de

son mécanisme à caractère psychophysiologique, de la qualité de sa communication, des effets de sa dialectique et de son pouvoir

Le sujet de cette thèse a deux limites. Il est en premier lieu limité au survol du concept de somatisation. Dans les disciplines médicale, psychologique et psychosomatique, on retrouve sur ce sujet une littérature abondante. Mais celle existant en thérapie par l'art ou concernant son utilisation potentielle est restreinte. Par contre, à ma connaissance, il n'en aucune concernant le processus somatique d'une grossesse normale, ni l'hyperemesis gravidarum et son facteur psychosomatique.

Le sujet est en deuxième lieu limité en thérapie par l'art à l'exploration du processus créateur. Cette limitation exclut les questions de son histoire et de sa définition, lesquelles sont traitées d'ample façon dans la littérature de la thérapie par l'art. La contribution anticipée en thérapie par l'art réside dans le dégagement du rôle qu'elle a pu jouer dans le cas de Mme O., et pourrait à nouveau jouer dans le soulagement des symptômes spécifiques au facteur psychosomatique de l'hyperemesis gravidarum.

Mon intérêt personnel réside, pour ma part, de façon toute particulière dans la nature des liens, mécanismes, dynamiques, corrélations, interrelations, communications existantes et possibles pouvant s'établir à l'intérieur de l'unité -duelle fonctionnelle corps-esprit. J'espère que cette thèse stimulera l'intérêt pour de futures et nouvelles recherches utilisant la thérapie par l'art dans le secteur de la psychosomatique, contribuant ainsi à approfondir encore davantage nos connaissances en la matière.

CHAPITRE I

Etude de cas : Mme O.

"Un bébé seul, ça n'existe pas"

DW Winnicott

PRÉLIMINAIRE

Avant d'aborder plus en profondeur l'étude de cas de Mme O il conviendrait de nous situer par quelques remarques plus générales

Le mythe culturel entretient la perception et la description courante de la grossesse comme d'une période heureuse, radieuse et sereine. simultanément, elle est aussi considérée comme capricieuse et les états émotionnels de la femme enceinte sont souvent qualifiés d'irrationnels et enfantins

En fait, de façon tout à fait contraire, la qualité et la profondeur des modifications en cours s'avèrent considérables. Même préparée, une femme expérimente soudainement et simultanément plusieurs transformations physiques couplant leurs effets biologiques à la modification de l'apparence, à l'établissement d'un nouveau statut social de même qu'à maints changements sur le plan psychologique (Deutsch, 1945, Bibring, 1961)

Dans un article très récemment publié, Dominique Scarfone et Jean-Pierre Pepin, tous deux psychiatres, le dernier agissant comme consultant au service d'obstétrique de l'hôpital Ste-Justine de Montréal, s'accordent pour qualifier la grossesse de période de "haute densité existentielle" et de "situation de crise en soi" (1991, p. 26). Tous deux expliquent que "la venue d'un premier enfant marque une transition décisive dans la vie du couple et de chacun des parents pris séparément". Pour eux, "est perdue de façon irréversible la position d'enfant. Les futurs parents sont convoqués à occuper la place de père et de mère, ce qui réactive toute une série de questions que les phases antérieures du développement avaient pu laisser en suspens" (Scarfone et Pepin,

1991,p 26)

En ce sens, le modèle psychobiologique présenté par Benedek (1970) met en valeur que les caractéristiques maturationnelles de la grossesse mobilisent de puissantes adaptations autant d'ordre physiologique que psychologique, ce en vue de réorganiser, intégrer et accéder à un nouveau degré de personnalité

Retenons pour le moment que de cette matrice existentielle qu'est la situation de grossesse, toute une floraison est possible (conflits, deuils, espoirs, nouveaux départs) et que c'est dans ce creuset que vient se situer la consultation à propos de difficultés gravidiques diverses (Scarfone et Pepin, 1991)

La première partie de ce chapitre tient compte de ces perspectives nombreuses et complexes. Il a pour objet de nous aider à voir plus clair dans le cas de Mme O. Nous nous attacherons à y esquisser une certaine vision, forcément incomplète, sans visée limitative, du parcours physiologique et psychologique, des enjeux de maturation, des facteurs de personnalité, de l'aspect psychosomatique caractérisant toute grossesse normale. Il importe de retenir que les éléments spécifiques ne sont jamais seuls à l'œuvre " on les trouve, la plupart du temps, combinés à une foule d'autres, selon des patterns qui, même s'ils ont entre eux certains points communs, n'en finissent pas de tisser des histoires à chaque fois singulières " (Scarfone et Pepin, 1991,p 29).

La deuxième partie introduira à l'identification et à la problématique du cas de Mme O. de même qu'aux circonstances qui ont présidé à la prise en charge par l'équipe de l'unité ante-partum de l'hôpital et à l'intervention en thérapie par l'art. Bien que la grossesse soit considérée comme un phénomène hautement individualisé (Horney,1932, Benedek,1949), il convient de

mentionner, comme nous le verrons dans l'identification du cas, dans le contexte d'évaluation et dans le suivi, que les descriptions et analyses tiendront compte du contexte socio-culturel étranger de Mme O. Le caractère exploratoire et très limité des données disponibles sur le vécu psychologique des femmes enceintes d'origine antillaise limiteront de façon naturelle les réflexions et références sur cet aspect particulier.

La troisième partie survolera l'aspect historique, descriptif, diagnostique, étiologique et psychosomatique de l'hyperemesis gravidarum. Le facteur psychologique de la maladie sera soulignée et appuyé par des notes sur l'hystérie. En dernier lieu, il sera question des traitements ordinairement dispensés.

Les informations combinées de ces trois parties contribueront à jeter un éclairage appréciable sur la dernière qui observera en détail la dynamique (réactions, associations, utilisation du symbole et effets du travail thérapeutique) de Mme O.

L'exercice de la thérapie par l'art permet au thérapeute d'appliquer les deux fonctions fondamentales en thérapie : la fonction évaluatrice et la fonction thérapeutique. L'une détermine les associations possibles entre les symptômes et la dynamique. L'autre favorise la prise de conscience d'un matériel demeuré à l'état inconscient ou préconscient par le biais d'images produites et de la communication symbolique parallèle (Vaccaro, 1973). L'articulation de la dernière partie tendra à mettre en valeur de quelle façon ces deux propriétés ont pu s'appliquer à la grossesse problématique de Mme O.

I. UNE GROSSESSE NORMALE

Reconnue comme crise de maturation et crise intégrative, la grossesse mobilise et assouplit les composantes de la personnalité (Pepin, 1991)

La mère en devenir est renvoyée à ses propres origines, à son propre enfantement, au maternage qu'elle a reçu, à la façon dont ses besoins de base ont été rencontrés, à son parcours de vie. Il s'opère une mise au point intérieure entre

- l'équilibre délicat existant entre ses besoins de dépendance et ses aspirations à l'autonomie,
- l'intégration plus ou moins accidentée des stades d'expression de sa libido,
- l'association psyche-soma harmonieuse ou heurtée,
- la séparation réalisée ou non d'avec les figures parentales,
- le degré de personnalité atteint,
- la place taillée face aux imagos parentales dans sa configuration oedipienne,
- son niveau de socialisation,
- la satisfaction ou l'inconfort éprouvé au travail, dans la vie de couple et dans la sexualité,
- l'intégrité physique, l'acceptation de soi et de son corps

Toutes ces dimensions et bien d'autres doivent être considérées tantôt dans le cadre d'une paix sereine, tantôt dans celui de drames affectifs ou

somatiques (Pepin, 1991)

Conformément aux études approfondies sur le sujet, on reconnaît trois phases correspondant grosso modo aux trois trimestres de la gestation intra-utérine

Bien que ces trois étapes soient également importantes, il est à retenir, comme il le sera mentionné dans la présentation du cas de Mme O que les interventions en thérapie par l'art ont lieu alors que la grossesse de Mme O la situait dans les premiers mois du deuxième trimestre

1. Les trois trimestres

- Premier trimestre le thème du premier trimestre réside dans l'acceptation par la femme, d'une génitalité interne générative (Kestenberg, 1977) avec tout ce que cela implique Colman et Colman (1971) précisent que les attitudes développées envers les significations liées à la fertilité affectent profondément les débuts de cette expérience

A notre époque et dans notre société, l'accès à des méthodes de contraception efficaces fait en sorte que la plupart des grossesses sont choisies, souvent planifiées de longue date et avec grand soin. En fait, au départ, un choix fondamental se pose à partir duquel tout le reste s'organise : le désir ou le refus de l'enfant (Pepin, 1991)

On s'accorde pour reconnaître chez la femme enceinte trois types de désirs : le désir de grossesse correspondant au besoin de recevoir du conjoint et/ou d'exercer la puissance incluse dans le fait de donner la vie. Cette seule

dimension peut par exemple être appelée à secourir une image de soi faible, ou réparer une blessure narcissique, ou renflouer le couple en péril. Il y a aussi le désir de maternité, celui qui consiste à jouer à son tour le rôle nourricier et omnipotent envers un bébé porteur de reviscences narcissiques. Dans ce cas, la grossesse n'est désirée qu'en complément à la réalisation de soi-même. Il y a finalement le désir d'enfant qui, s'il inclut les deux attitudes précédentes, implique surtout la reconnaissance progressive du statut d'être séparé de l'enfant (Pepin, 1991)

Qu'elle soit désirée ou pas, le premier trimestre est le moment de considérer, le cas échéant, l'avortement médical

Sur le plan physiologique, certains facteurs comme l'enflure des seins, influencent l'aspect habituel et l'apparence physique, d'autres, comme le changement de texture de l'utérus et l'engorgement veineux de la vulve peuvent provoquer une excitation sexuelle et contribuer à une modification sensible du niveau de réaction dans le rapport sexuel avec le conjoint; la possibilité d'une déformation ou qu'une fausse couche puisse alors survenir fait partie des anxiétés développées (Leifer, 1980)

Il est d'autre part reconnu que les symptômes déplaisants éprouvés au cours des premiers mois, comme la faiblesse, les nausées et vomissements matinaux, peuvent augmenter les effets d'une ambivalence préalable. La restriction du niveau habituel d'activités peut contribuer au développement d'un ressentiment envers la présence du fœtus, ou encore la femme peut se sentir bien mais entretenir des frayeurs relatives à une grossesse ou un accouchement antérieur, la perspective de responsabilités nouvelles ou additionnelles peut même déclencher l'expérience de soudaines paniques. A cet égard, la question des aptitudes à la maternité peut devenir cruciale

(Colman et Colman, 1971)

Sur le plan interactionnel, l'attitude des parents au tout début de la grossesse est d'une importance capitale pour la femme enceinte. Des manifestations de joie et de fierté favorisent le sentiment de réussite et d'espoir, en revanche, des commentaires dépréciateurs, de la réserve ou un silence indifférent peuvent induire au découragement (Colman et Colman, 1971)

Sur la plan psychologique, le premier trimestre est un temps où fleurissent d'étranges fantasmes ou rêves au sujet de l'organisme inconnu et invisible croissant au sein du corps. Il n'est pas rare d'assister à l'évolution de thèmes liés à l'oralité tels des rêves de dévoration, des fantasmes d'incorporation, de conception orale, de rejet du fœtus. On note aussi de nombreuses préoccupations relatives à l'alimentation (Deutsch, 1945, Kestenberg, 1977). Qui plus est, derrière le désir exprimé par la femme adulte, se profilent les désirs obscurs de la petite fille aspirant à l'égalité avec sa propre mère. En contrepartie, existe la crainte que celle-ci ne lui réclame l'enfant, le lui ravisse ou encore qu'elle-même se sente tenue de le lui offrir. Il est aussi possible que l'enfant soit représenté comme l'enfant imaginaire que la fillette désire recevoir de son père, le bébé-cadeau destiné à lui confirmer son statut de femme aussi désirable que sa mère (Pepin, 1991)

En fait, l'accès harmonieux à la maternité repose d'abord et surtout sur un travail psychique, celui de la réconciliation de la femme avec l'image de sa mère. Devenir mère à son tour implique qu'elle assume son identité sexuelle et le fait qu'elle prenne symboliquement la place jusque-là occupée par sa mère. Cette confrontation réactive le conflit oedipien et pré-génital autour des processus d'individuation, de séparation de dépendance et d'autonomie appartenant à la petite enfance et à l'adolescence. H. Deutsch (1945) est allée

jusqu'à dire que ces enjeux demeurent irrésolus tant que la grossesse n'est pas vécue. Quoi qu'il en soit, la femme enceinte est amenée à faire un bilan tant sur le plan conscient qu'inconscient. Les conflits intrapsychiques sont appelés à être aménagés de façon à résoudre l'ambivalence existant entre ses aspirations à l'autonomie et la crainte de représailles de la part de la mère intériorisée supplantée (Pepin, 1991).

Dans l'exécution de ces tâches, l'image du conjoint devient elle aussi déterminante. Dans sa fonction maternelle, elle peut servir de support, d'allié et substitut, facilitant ainsi la résolution des conflits de dépendance face à la mère. Dans sa fonction paternelle, elle permet de composer avec les problématiques oedipiennes. D'autre part, l'image que la femme se forge de l'enfant depuis ces premiers moments, aussi mouvante soit-elle jusqu'à la fin de la grossesse, constitue la base de sa relation future avec son enfant (Ibid).

Comme on le voit, le choix entre l'acceptation ou le refus de l'enfant peut être difficile à faire.

Mais il devient carrément conflictuel lorsqu'il y a inadéquation entre les attitudes conscientes et inconscientes (Chertok et al., 1969). Le sentiment d'ambivalence et surtout son caractère inexprimable se retrouvent le plus souvent à l'origine des manifestations somatiques du conflit. Nausées et vomissements incontrôlables, troubles végétatifs inexplicables, avortements spontanés du premier trimestre, somatisations de toutes sortes peuvent devenir des indices de malaises intérieurs et d'une détresse informulable (Mc Donald, 1968).

- Deuxième trimestre Le thème de l'incorporation, processus amorcé à l'étape précédente, se poursuit dans le sens de plus en plus prononcé d'une différenciation accrue du fœtus. Le bébé se signale d'abord

par des manifestations subtiles dans le corps maternel, puis comme un être animé de mouvements propres, développant une forme et un volume qui lui confèrent une densité croissante non seulement dans le ressenti mais aussi dans les représentations de la mère (Pepin, 1991)

Sur le plan physiologique, certains chercheurs comme A. Reading (1983) ont rapporté que la perception foetale constitue un point tournant dans la préparation de la femme à la future séparation physique d'avec l'enfant, l'expérience la prévenant de sa nature autonome. Les examens médicaux et l'utilisation de l'échographie jouent souvent le rôle de facilitateur dans l'amorce de ce stade. accueilli initialement comme une partie indifférenciée, il s'impose dorénavant comme une entité dotée d'un début d'identité propre. Il se produit alors un accroissement considérable de l'investissement dans le fœtus. Se greffent désormais des fantasmes du bébé comme il serait à la naissance, le personnifier et lui faire la conversation est courant.

Cependant ce "ressenti" singulier peut être interprété par certaines femmes comme une menace pour leur intégrité et se sentir, en retour, dangereuses pour le fœtus. Cette situation de "deux-dans-un" s'avère un terrain fertile pour la projection, elle aura un caractère positif ou morbide selon, par exemple, que la femme enceinte évoque l'enfantement de sa propre mère bienveillante ou despotique, l'image de son conjoint acceptée ou répudiée, celle de l'imaginaire paternelle qui lui consent ou lui refuse l'enfant, l'enfant lui-même en qui elle peut se reconnaître ou pas (Pepin, 1991, p. 20).

Les thèmes fantasmatiques de ce second trimestre, déjà énumérés par Deutsch (1945) sont ceux de la saleté ou des rêves ayant rapport avec l'eau; ces derniers sont dus à l'identification de la femme avec le fœtus. Ils peuvent être également juxtaposés à des conflits d'origine sadique-anale avec

la mère (Kestenberg, 1977) Le bébé qui s'anime dans le ventre peut aussi être plus ou moins consciemment représenté comme de la nourriture ou inversement comme un dévorateur, un étranger, des matières fécales ou un pénis (Pepin, 1991)

Parallèlement, la mère commence à se tracer de l'enfant une image idéale. Etroitement unie à lui, elle transforme son énergie libidinale en libido narcissique dans la dyade symbiotique. Ce transfert contribue à développer les capacités d'accueil de la mère (Pepin, 1991)

La tâche psychologique essentielle de ce trimestre est le transfert du besoin de dépendance de la mère vers le conjoint (Colman et Colman, 1973). Il devient soudainement important qu'il soit intéressé, capable de participer, qu'il devienne une figure sur laquelle une femme peut compter. Les mouvements du bébé rappellent à la mère que la créature à l'intérieur d'elle est "lui" et "eux" autant qu'il est "elle" (Colman et Colman, 1971, p.43-50)

- Troisième trimestre deux tâches s'y précisent : l'individuation et la séparation. Se résoudre à se séparer d'un être après l'avoir reçu et façonné à même sa propre substance, le reconnaître comme une personne "autre" risque d'être particulièrement difficile pour celles ayant entretenu une relation symbiotique avec leur mère. La résistance s'exprime souvent indirectement, parfois par la tendance à communiquer un détachement face à l'enfant à venir ou encore par un discours le reléguant au statut de simple prolongement maternel (Pepin, 1991)

Ainsi le thème de cette phase s'apparente au processus du deuil de l'enfant imaginaire, fantasmatique, de l'enfant idéal, pour faire place à l'enfant réel.

Sur le plan physiologique, l'inconfort physique devient plus marqué

Les fantasmes typiques de cette période font penser à la phase génitale antérieure on observe des peurs de perdre le contrôle celles de perdre le fœtus en urinant, de le noyer (Kestenberg, 1977) auxquelles s'ajoutent celles de la douleur, des accidents en cours d'accouchement, de la mutilation de l'épisiotomie et même de la mort (Pepin, 1991)

Comme Deutsch (1945) et Kestenberg (1977), on note que les rêves d'eau sont plus récurrents durant ce trimestre Ils sont interprétés comme une anticipation du bris des eaux amniotiques et du travail d'accouchement Les silences et le retrait dans lequel se réfugie la future mère durant cette période (Chertok et al, 1969, Kestenberg, 1977) exprimeraient le désir de tenir fermées les ouvertures du corps, d'autres études ont mis en relief la peur inconsciente de la dissolution des limites du corps (Mc Connell et Daston, 1961)

Les perturbations métaboliques et fonctionnelles se révèlent souvent à cette étape en rapport avec des vécus de détresse et des angoisses débordant les capacités du Moi, le dénouement peut être perçu intolérable, particulièrement si des défaillances antérieures de l'environnement ou des vulnérabilités héritées d'abandon ou d'échecs ont été expérimentées Tout ceci peut se traduire par des problèmes de tension artérielle, de diabète incontrôlable, de travail pré-terme, de manifestations somatiques d'angoisse (Pepin, 1991)

Une nouvelle identification avec la mère peut permettre à la femme enceinte de se rebalancer ces peurs Cette identification stimule un intérêt pour le fœtus (Kestenberg, 1977), lequel favorise la résolution d'anciens conflits (Benedek, 1970, Deutsch, 1945) et aussi l'abandon des fantasmes sado-masochistes liés à l'accouchement et au soin de l'enfant (Deutsch, 1945,

Kestenberg, 1977)

Ce gain psychologique transforme, dès lors, la relation de la mère au fœtus (Kestenberg, 1977 1982) Le soutien du conjoint de sa mère et des personnes significatives de l'entourage aide non seulement au dépassement des stress éprouvés mais aussi à les transformer en tâches adaptatives pour les deux parents (Kestenberg, 1977, Pepin, 1991)

2. Un modèle psychobiologique de maturation

Comme il a déjà été mentionné au tout début (Benedek, 1970) et tel que nous venons de le parcourir au fil des trois trimestres, la grossesse se présente comme une étape de maturation, plus précisément comme une étape biologique mobilisant autant les fonctions d'adaptation physiologique que psychologique. A l'intérieur d'un modèle psychobiologique, Benedek (1970) affirme que la grossesse peut conduire la femme à un nouveau degré d'intégration de son développement

Au cours de cette phase, on retrouve deux pôles celui d'une poussée organisationnelle de la fonction procréative et celui d'un déséquilibre émotionnel causé par le stress de la grossesse et le danger que représente l'accouchement (Benedek, 1949, 1970)

Dans cette même perspective, l'élaboration théorique de Kestenberg (1977) est construite en une synthèse des principales formulations déjà développées par Deutsch en 1933 et 1945, Benedek en 1959 et 1960, Erickson en 1950 et 1959, Bibring en 1959, Freud en 1900 et Greenacre en 1950

L'intérêt de son analyse réside en ce que le désir de conception s'établit comme une répétition et réorganisation génétique de toutes les formes précédentes du désir et d'attente de l'enfant au cours de l'enfance et de l'adolescence. Chaque époque introduirait alors son bagage de régressions et de rétentions. Ces régressions pré-génitales tiendraient pour leur part à suivre une séquence organisée par les constellations psychosomatiques des trois trimestres successifs (Kestenberg, 1977)

A la fin, elles résultent en une nouvelle organisation qui affirme non seulement la génitalité interne de la femme mais aussi lui apporte un support pour la maternité (Kestenberg, 1977)

Dès lors, la grossesse est décrite comme l'entreprise commune d'un homme et d'une femme à qui le rôle central sera désormais dévolu (Benedek, 1970)

3. Les facteurs de personnalité et l'application de leur rôle

D'après une étude conduite sur les aspects psychologiques déterminants au cours d'une première grossesse de même que sur ceux présidant à l'adaptation post-natale. P M Shereshelsky et Yarrow (1973) avancent que deux facteurs majeurs ont été identifiés la solidité de l'ego et le potentiel du don de soi

Nous ne retiendrons que le premier facteur le deuxième correspondant de façon spécifique à la période post-natale

La solidité de l'ego est détaillée en neuf variables le degré

d'adaptation émotionnelle, les schémas sous-jacents de dépendance; le degré d'anxiété générale, sa flexibilité, sa capacité d'auto-satisfaction incluant le plaisir, son sens de l'humour, le degré d'intégration de sa propre identité; le degré d'intégration au rôle adulte et l'évaluation de ses comportements d'adaptation

Ces facteurs décrivent d'une façon très générale le degré de maturité et d'adaptation émotionnelle de la future mère. Judicieusement utilisées, les échelles de corrélation employées dans cette étude peuvent servir d'indices de prévisibilité et d'anticipation en ce qui concerne les modèles de négociation, le degré d'adaptation et la nature des problèmes pouvant se présenter au cours du cycle maternel (Shereshelsky et Yarrow, 1973).

4. Un événement psychosomatique

Comme nous l'avons déjà abordé au cours des préliminaires (Pepin, 1991, Benedek, 1970) et précisé dans la description du modèle psychologique de maturation de Kestenberg (1977), l'organisme de la femme enceinte est désormais livré à un processus de réorganisation majeure de la personnalité. L'organisme est désormais vécu comme un tout (Deutsch, 1945; Bibring, 1961, Kestenberg, 1977)

Dû au contact des terminaisons du système nerveux situés dans la région des organes génitaux, les processus organiques de la grossesse sont désormais utilisés par le système psychique afin de donner expression aux contenus et tensions émotionnelles pré-existantes (Deutsch, 1945).

Les attitudes émotives mobilisées, mises en relief, exposent ainsi la dynamique associée: par exemple, les nausées peuvent mettre en évidence toutes les sensations de dégoût qui avaient été préservées dans l'inconscient sans s'être jamais manifestées. Inversement, les sensations de dégoût qui s'étaient associées avec des idées pré-conçues de la grossesse, renforcent souvent la provocation organique de nausées pouvant alors mener au vomissement pathologique (Deutsch, 1945)

Comme résultat, on peut alors non seulement observer l'influence des processus somatiques sur la psyche, mais aussi inversement, découvrir la relation entre les conflits émotifs et les symptômes somatiques de la grossesse (Deutsch, 1945).

Les processus physiologiques de la grossesse sont cependant auto-régulateurs à moins d'être désorganisés par des excès d'ordre qualitatif ou quantitatif. Par exemple, si la relation positive à l'enfant comme future réalité emplit la vie émotive de la femme, les processus physiologiques perdent leurs charges psychiques et se résorbent d'eux-mêmes (Deutsch, 1945)

II. IDENTIFICATION DU CAS

Il fut établi à la réunion hebdomadaire du département "Hauts Risques Pré-Nataux" de l'hôpital que Mme O était une immigrée haïtienne dans la vingtaine résidant au Québec depuis la fin de son enfance

Jusqu'à son mariage, il y a deux ans, elle avait vécu exclusivement dans sa famille. Après le mariage, le couple avait déménagé aux États-Unis où le mari poursuivait des études supérieures

Depuis ce temps, sans occupation ni travail, très attachée à sa famille et à son milieu de vie antérieur, éprouvant des difficultés d'adaptation à son nouvel environnement, Mme O voyageait très fréquemment entre les deux pays, séjournant pendant de longues périodes dans sa famille sans laquelle elle se sentait "abandonnée". Les séjours étaient si nombreux et prolongés que son lieu de résidence lui paraissait un lieu de "visite" et son mari, une sorte de compagnon abstrait et lointain.

Il fut plus tard signalé qu'avant son mariage, Mme O. était "mince comme un mannequin" et que devenir professeur de danse faisait partie de ses projets d'avenir, elle n'avait cependant effectué aucune démarche en ce sens. Parallèlement, elle avait développé un besoin compulsif de manger qui avait provoqué un gain de poids appréciable.

Les informations recueillies au dossier témoignaient que Mme O découvrit être enceinte par hasard, lors d'un examen subi en territoire américain pour crampes et douleurs dorsales. À la suite de cette nouvelle, Mme O développa un rythme de nausées et vomissements qui requièrent, sur place,

quatre hospitalisations consécutives

Peu après, lors d'une visite chez ses parents, elle dut être admise de nouveau et le diagnostic établi fit état d'hyperemesis gravidarum. La grossesse était alors de 16 semaines. Il apparut clairement, subséquemment, que cette grossesse n'était pas planifiée, qu'elle contrariait fortement les plans de Mme O et stimulait un profond sentiment d'impuissance.

La description du contexte familial était particulièrement mince, les rencontres entre familles immigrantes, qu'elles qu'en soient les origines, et un intervenant social, comme un médecin, psychologue, etc., sont reconnues se dérouler de façon prudente et difficile. Il convient de souligner que l'un des aspects non négligeable des conditions sociales de la famille haïtienne au Québec est celui du racisme, lequel contribue à colorer fortement la nature de la communication (Sabatier et Tourigny, 1990) et à limiter la collecte d'informations.

On savait que Mme O. était la cinquième d'une famille de six enfants, trois sœurs et deux frères, le père remplissait les fonctions de pasteur baptiste, la mère n'avait jamais travaillé à l'extérieur. L'ensemble des liens familiaux apparaissaient très étroits et cohésifs, comme c'est souvent le cas chez les immigrés. Il faut mentionner, à cet égard, que le lien familial constitue une valeur précieuse pour les Haïtiens et que pour eux, la notion de famille déborde largement celle de notre famille occidentale (Ibid.)

À l'hôpital, Mme O. semblait apprécier le support des visites et nombreuses communications téléphoniques avec sa famille.

À la suite de cette réunion qui rassemblait le personnel multidisciplinaire : travailleuse sociale, diététicienne et infirmières, il fut décidé de tenter une investigation. Elle avait comme objectif d'augmenter le réseau

d'informations nécessaires à la compréhension du cas et l'établissement d'un plan d'intervention

Il est utile de mentionner que plusieurs membres de l'équipe étaient d'avis que Mme O jouait la comédie. Il avait été remarqué que Mme O se montrait non seulement renfermée et récalcitrante à toute communication et coopération, mais que ses nausées et vomissements fluctuaient considérablement selon le type d'intervention ou d'intervenant/te

Mme O était à ce moment-là soignée par la routine traditionnelle, soit par l'administration de médicaments anti-émétiques et par solutions intraveineuses

III . L'HYPEREMESIS GRAVIDARUM

1. Bref historique

Le vomissement durant la période de grossesse, relativement inconnu parmi les cultures primitives, est fréquemment éprouvé chez les femmes occidentales. L'incidence chez les américaines peut varier entre 60% et 88% (Henker, 1976). Wolkind et Zajicek (1977) de même que Fairweather (1968) la ramènent à approximativement 50%.

Parmi ce nombre, environ 20% des femmes enceintes souffrent d'une forme relativement sévère et répondent à un support thérapeutique de type conservateur. Le terme d'"hyperemesis gravidarum" ou "vomissement pernicieux de la grossesse" est défini depuis 1956 par le Conseil Américain de la Pharmacie et de la Chimie (Fairweather, 1968, p 91). Il est réservé aux formes les plus sévères. La description des symptômes figure dans la section de la description de la maladie.

Cette forme de problème de la grossesse n'est pas fréquente. Même si elle a déjà pu provoquer la mort, sa manifestation apparaît en net déclin. Une revue de littérature effectuée par Fairweather (1968) démontre qu'en Bretagne, les mortalités dues à l'hyperemesis chutèrent de 159 cas par million entre les années 1931 et 1940 à 3 cas par million entre 1951 et 1960. Les rapports issus de la France, de l'Allemagne et des Etats-Unis offraient une similarité d'incidence. La mort par hyperemesis est aujourd'hui virtuellement inconnue.

Henker (1976) rapporte qu'en 1972, l'incidence de la maladie se situait à 1,9% parmi 18,801 patientes blanches et 0,71% parmi 19,932

patientes noires. Le diagnostic peut être porté dans l'équivalent probable de 1 cas par 1,000 grossesses (Fairweather, 1968)

2. Description de la maladie, diagnostic et étiologie

L'hyperemesis est un problème associé uniquement à la grossesse. Comme ci-haut mentionné, il concerne le degré d'expression des symptômes physiques. La grossesse implique plusieurs changements connus d'ordre physiologique comme les seins gonflés et douloureux, la fatigue, une lassitude. Dans sa forme la plus bénigne, la "maladie du matin" devient souvent l'une des premières indications que la patiente est enceinte. Ces symptômes disparaissent habituellement d'eux-mêmes à la fin du premier trimestre, l'hyperemesis est diagnostiqué lorsque le vomissement dure, persiste durant toute la journée, devenant ainsi préjudiciable tant pour la santé de la femme que pour celle du fœtus (Fairweather, 1968,p.91).

Le modèle habituel est que la femme commence par éprouver les signes de la maladie du matin; la fréquence de vomissement augmente graduellement et se manifeste à tout moment au cours de 24 heures, déclenchant ainsi les processus de déshydratation et de cétose. L'acétone est présente dans l'urine et l'haleine. La déshydratation et la perte de poids s'accroissent, la peau devient pâle et sèche. Dans les cas plus sévères, le pouls devient rapide, le volume d'urine décroît, le nystagmus peut survenir et occasionnellement, la jaunisse. On note une hémocentration avec apparition d'urée dans le sang de même qu'une chute des niveaux de sodium.

des chlorures et du potassium plasmatique. Dans les cas les plus sévères, protéines et bile peuvent apparaître dans l'urine. La patiente peut alors montrer des signes d'assoupissement et peut éventuellement entrer en état comateux (Fairweather, 1968).

Il est essentiel de porter un diagnostic différentiel en éliminant les causes possibles de vomissement qui peuvent coïncider avec la survenue d'une grossesse, comme la gastroentérite, la cholecystite et la pyelonephrite (Fairweather, 1968).

L'étiologie possible de l'hyperemesis est actuellement groupée en quatre principaux points : 1) endocrine, 2) psychosomatique ou névrotique, 3) allergique, et 4) métabolique (Fairweather, 1968).

La multiplicité des théories étiopathogéniques des vomissements témoigne de l'incertitude qui règne dans ce domaine. Plusieurs théories dépassent l'explication organique et font intervenir une pathogenèse mixte ou psychologique. De toute façon, même si leur fréquence et leur impact restent discutables, l'existence de facteurs psychiques ne fait pas l'ombre d'un doute (Haynal et Pasini, 1984).

3. Le facteur psychosomatique

La théorie psychosomatique résumée en 1980 par Offerman-Zuckenberg présente ainsi la relation psyche-soma ayant rapport avec l'appareil génital féminin : l'utérus est un muscle qui réagit aux états émotifs et se contracte dans les situations de colère, de peur et d'excitation sexuelle. La

façon dont les émotions maternelles sont imprimées sur le fœtus s'effectue à partir de leur réflexion en milieu utérin (Sednaoui-Mirza et al ,1991)

De ce point de vue, plusieurs auteurs ont suggéré différentes approches à l'hyperemesis comme la répudiation de la féminité, l'auto-punissement ou le souhait conscient ou inconscient de ne pas devenir enceinte. On a noté qu'une grande proportion de femmes étaient au mariage, indûment attachées à leur mère, ce qui est souvent associé à un dérangement de la fonction sexuelle (Fairweather, 1968)

Les affirmations d'Offerman-Zuckenberg renforcent celles de Fairweather lorsqu'il suggère que les nausées exagérées, de même que les avortements répétés, l'infertilité et la toxémie seraient des points de repère associés à des conflits non-résolus, en particulier au rejet du rôle féminin relié à des identifications problématiques avec la mère propre (1980).

Dans leur "Abrégé de Médecine psychosomatique", Haynal et Pasini (1984) décrivent que par le vomissement, qui est un réflexe péristaltique, le sujet cherche à se défaire de quelque chose de nocif pour l'organisme. Ce phénomène peut évidemment être physique, mais aussi lié à des fantasmes conscients ou inconscients. Par exemple, l'acte d'avaler peut contrarier un désir profond ou encore le vomissement peut être conditionné par des stimuli intérieurs liés par exemple à la sexualité (Haynal et Pasini, 1984)

D'autres études explorent les associations entre l'hyperemesis et les maladies psychiatriques cliniques. Elles ont trouvé que la seule maladie psychiatrique chronique s'apparentant de façon significative aux femmes atteintes d'hyperemesis était l'hystérie (Fairweather, 1968, Guze cité dans Haynal et Pasini, 1984). Dans cette perspective, les conclusions de l'étude de Fairweather avancent que la majorité des patientes avaient des personnalités

infantiles, immatures, dépendantes (Haynal et Pasini, 1984) et suggestibles parmi lesquelles les personnalités hystériques sont sur-représentées. Ces patientes démontraient l'évidence d'une grande dépendance maternelle (Fairweather, 1968)

4. Notes sur l'hystérie

Les références à l'hystérie, dont les symptômes apparaissent fortement reliés à l'aspect psychologique de l'hyperemesis, présentent un aspect suffisamment important pour justifier la pertinence d'éclaircissements sur les théories courantes

Le "Manuel diagnostique et Statistique des troubles mentaux DSM III " différencie la névrose hystérique sous cinq formes : 1) comme faisant partie des troubles dissociatifs (névrose hystérique avec dissociation), 2) des troubles factices, 3) des troubles de la personnalité (personnalité hystérique), 4) des troubles psychotiques non classés ailleurs (psychose hystérique) 5) des troubles somatoformes (névrose hystérique, type conversion) (1985)

Cette dernière catégorie apparaît être celle qui nous intéresse

Dans le "Comprehensive Textbook of Psychiatry" John Nemiah formule ainsi le concept de conversion hystérique : " une fixation au niveau du complexe oedipien survenue au cours du développement psychosexuel précoce accompagné d'un non-renoncement à la relation incestueuse, conduit, par le biais de la rétention de l'interdiction, au développement , dans la vie

adulte, d'un conflit concernant la pulsion sexuelle (ou libido) La pulsion est alors sujette aux manoeuvres défensives de la régression L'énergie issue de la pulsion est convertie en symptôme hystérique, lequel protège le patient de l'état conscient de la pulsion et la traduit de façon symbolique . sous la forme de symptômes somatiques" (Nemiah, 1985, chap 21, p 1211-1214)

Nemiah signale de plus, que le concept de conversion hystérique est différencié des troubles psychophysiologiques et communément référé aux troubles psychosomatiques par deux points

- 1) l'affect et les symptômes apparaissent médiatisés par le système sensori-moteur,
- 2) ils expriment symboliquement une idée ou une mémoire inconsciente (Nemiah, 1985)

Dans sa "Psychologie de la Motivation", Paul Diel (1969) ajoute que l'hystérie pourrait être appelé la névrose infantile des adultes, que le syndrome se trouve répandu chez nombre de femmes puérilement révoltées contre leur sexe et contre les fonctions d'épouse et de mère qu'elles considèrent comme une exigence de servitude et de soumission

Diel poursuit, de façon très intéressante, que l'hystérie est caractérisée par la faculté d'exprimer les convulsions psychiques par des convulsions organiques (une parésie des jambes, par exemple, peut empêcher de courir les aventures sexuelles surchargées de culpabilité). Il explique aussi que la cause primaire de l'hystérie n'est pas la sexualité inhibée ou exaltée, mais une fausse valorisation de la sexualité dont l'exaltation est prise pour signe de virilité, l'esprit apparaît alors obsessionnellement tendu vers la "tâche exaltée", laquelle signifie au-dessus de toute possibilité de réalisation Refuser son sexe et vouloir en changer est un désir exalté,

irréalisable, insensé, appelé tant qu'il persiste, à demeurer un motif d'insatisfaction permanent (Diel, 1959, p 127)

5. Traitements

Compte tenu que l'hyperemesis est reconnu comme un trouble psychosomatique classique (Pull, 1984), les traitements dans les hôpitaux tiennent en général compte de trois aspects biologique, psychologique et social

Les traitements s'adressant à l'aspect biologique ont pour but d'interrompre le cercle vicieux des nausées et vomissements (Pull 1984), en prescrivant des drogues pour prévenir les sensations de nausées et le nourrissement intraveineux avec supplément vitaminique et agents sédatifs pour corriger la déshydratation et l'inanition par la faim (Fairweather, 1968) Haynal et Pasini (1984) précisent pour leur part que les résultats positifs obtenus avec les placebos justifient leur utilisation, ils recommandent de ne recourir à l'aide pharmacologique qu'au deuxième trimestre lorsque l'embryogenèse est partiellement achevée on prescrirait alors de préférence des neuroleptiques, plus efficaces semble-t-il que les antispasmodiques classiques

Les besoins d'une psychothérapie sont évalués cas par cas (Haynal et Pasini, 1984). Ils dépendent de la réponse de la patiente au support par contrôle biologique; ils ne sont requis que si la psychopathologie de la patiente se développe librement au-delà des limites normales de dépendance

(Pull, 1984)

Les seules psychothérapies expérimentées jusqu'ici sont l'hypnothérapie, la thérapie comportementale et/ou la thérapie de support (Fairweather, 1968) Le portrait psychologique des patientes admises pour hyperemesis décrit des traits déjà développés dans cette section, à savoir l'immaturité des personnalités, le désir symbolique d'un avortement oral, la dépendance maternelle, la perception d'un foetus drainant et parasitique Le portrait ajoute que le trait "alexithymique" est considéré comme ayant des implications psychothérapeutiques majeures (Pull, 1984, p 1)

La référence au service social de l'hôpital est requise afin d'évaluer les problématiques sociales supplémentaires (Pull, 1984)

IV. EN CONTEXTE DE THÉRAPIE PAR L'ART

1. Session d'évaluation

La mise en relation s'est effectuée en deux entrevues. L'une était réservée au contact, l'autre à l'évaluation. Dans les deux cas, la mobilité de Mme O était entravée par l'appareil de cure intraveineux.

- Réactions

Dès la première entrevue, il fut possible d'observer que la patiente vivait en phase aiguë d'auto-isolement et de régression. Porte et rideaux étaient tirés. Dans l'obscurité et le silence, son corps présentait la position du recroquevillement fœtal. Sur le plan verbal, outre les longs silences et expressions monosyllabiques, Mme O signalait sa détresse par des plaintes "J'ai mal au ventre" prononcées sur un ton presque inaudible et infantin.

La maternité des femmes haïtiennes est culturellement reconnue pour marquer la capacité d'être une vraie femme. De ce fait, elles ne peuvent imaginer une vie sans enfant, car "une femme sans enfant n'est rien" (Argant-LeClair et Clerk, 1990, p. 69-83). Pour Mme O, l'acceptation de la session évaluative provoqua une vive réaction de honte et de découragement, elle enfouit subitement sa tête dans l'oreiller, manifestant par là le caractère infantile de son désespoir. Ses yeux étaient demeurés baissés pendant toute l'interview.

À la deuxième entrevue, la prise en charge maternelle des besoins régressifs, c.à.d. de la vulnérabilité et de la dépendance contribua à diminuer le taux d'anxiété, à relâcher les mécanismes de défense individuels et

culturels, finalement a créer un climat propice à l'échange l'ouverture des rideaux, un ton de voix doux, une activité prévenante de service provoquèrent une ouverture graduelle marquée par la coopération de même qu'une qualité plus volubile et consistante de la communication verbale

Dû à la situation et à l'espace restreint disponible (la table de lit utilisée pour les repas), il s'imposait la proposition d'un choix de matériel le plus simple possible crayons, pastels, fusains, des ciseaux, de la colle et des illustrés destinés au collage Mme O choisit le collage, lequel est connu comme moyen facilitant dans les cas d'anxiété excessive et de doute où se trouve tout patient/le inexpérimenté/e face à l'expression symbolique

A la fin de cette entrevue, l'attitude de Mme O apparut détendue elle se leva pour marcher Aucun symptôme de vomissement ne s'était manifesté au cours de toute la période qui avait duré deux heures

- Utilisation du symbole et associations

Un seul collage fut complété pendant cette session (diapo 1). La disposition des images sur la feuille s'effectua en 3 étapes correspondant chacune à 3 zones bien distinctes, lesquelles engendrèrent successivement une série d'associations et d'idées

La première image trouvée (Diapo 2) représente le déclencheur de tous les échanges verbaux subséquents Elle représente 6 séquences illustrant une jeune femme à l'entraînement physique sur exercices Selon les séquences, le corps y est attaché, trituré, étiré, etc. de différentes façons. L'association qui y est rattachée représente la première prise de conscience apte à découvrir le sens de la problématique de la maladie de Mme O l'image rappelait à Mme O qu'avant son mariage, elle était "mince comme un

mannequin" . que devenir professeur de danse faisait partie de ses projets. elle n'avait pourtant effectué, jusqu'à présent, aucune démarche en ce sens Mme O. affirmait pourtant que la grossesse contrariait ses plans et déclenchait chez elle un fort sentiment d'impuissance

Le deuxième bloc d'images se compose de 2 illustrations superposées (Diapo 3). celle du haut représente deux vaches (en arrière plan) observant passivement une énorme pompe à eau nourricière (en avant-plan), celle du bas montre un couple de vieux jouant aux cartes autour d'une table. Toutes deux rappelaient à Mme O des "souvenirs de jeunesse", la ferme familiale où elle avait grandi, "un temps heureux" où vivaient encore ses grands-parents qu'elle "avait beaucoup aimé" Mme O venait d'inventorier les bons objets internes (Klein, Segal et Meltzer, cités dans Eigen et Robbins, 1986) de son enfance passée et perdue

Il faut mentionner ici que ce qui revient fréquemment dans le discours des Haïtiennes est la fantaisie de retour à la mère-patrie pour la "tendresse" (Argant-LeClair et Clerk, 1990) Cet attachement à la patrie semble du registre des liens avec la mère biologique détentrice de tous les secrets, évitant les maux et dispensatrice de tous les biens, mère et patrie que la distance géographique aide à suridéaler en raison de leur prétendue bienfaisance et de leur toute-puissance

La nostalgie du passé déboucha sur l'anxiété causée par le présent . l'éloignement de sa famille et le dépaysement induits par son mariage avaient obligé Mme O. à diviser son Moi entre son mari et sa famille, à "se séparer en deux", ne pouvant par là amorcer la croissance de son développement psycho-sexuel et l'acquisition d'une identité mature exigés par la perspective de mettre un enfant au monde (Benedek, 1949, 1955. Deutsch, 1925, 1945) Il s'avéra que

l'éloignement et le dépaysement avaient déclenché chez elle un épisode boulimique, ce qui avait impliqué un gain de poids, à ses yeux, important Haynal et Pasini (1984) rapportent que chez le boulimique comme chez l'anorexique, la relation mère-enfant joue un rôle important dans l'enchaînement étiopathogénique, dès la naissance, la nourriture est liée à un vécu émotionnel et à la mère nourricière Manger représente ainsi symboliquement l'amour, la sécurité, la satisfaction des besoins Dans la culture haïtienne, les femmes occupent un rôle absolument prépondérant dans l'ensemble des soins dont sont entourés les enfants : " ils sont dorlotés, choyés, pouponnes la réponse aux pleurs est très rapide" (Sabatier et Tourigny, 1990,p 18-38)

En général, les femmes enceintes témoignent d'un souci pour leur corps qu'elles désirent recouvrer svelte, élancé, un corps qui doit plaire, une image du corps tel qu'il apparaît aux yeux de l'autre (Argant-LeClair et Clerk, 1990)

Décrite comme le support du narcissisme, l'image du corps révèle une mêmeté d'être connue et reconnue en tant que sujet du désir de vivre dans le génie de son sexe (Dolto,1984) Plusieurs recherches ont démontré que l'image du corps réfère à une auto-perception (Schilder,1970), liée au sujet et à son histoire Synthèse vivante de nos expériences émotionnelles vécues à travers les sensations érogènes électives archaïques ou actuelles, l'image du corps serait une trace structurale, un lieu d'émission et de réception (Ibid).

Pour les voies génitales de la femme enceinte, le corps du fœtus représente un objet partiel (Dolto,1984). pendant la grossesse, les perturbations du schéma corporel entraînent l'introversiion et le narcissisme (Marbeau-Cleirens,1966) La peur pour la femme enceinte de voir disparaître

sa beauté corporelle (dans notre contexte culturel, source de séduction et d'attention) (Deutsch, 1945) a été observée à maintes reprises

Pour Mme O, le poids supplémentaire occasionné par la grossesse entretenait la peur de rejoindre l'image ancestrale et traditionnelle où "toutes les femmes deviennent grosses définitivement"

La valorisation culturelle haïtienne de la maternité charge d'ambivalence cet intérêt des femmes pour leur corps tantôt elles sont fières d'être grosses, tantôt elles sont résignées à le rester, l'aspect sexualisé de cette préoccupation ne ressort pas (Argant-LeClair et Clerk, 1990) Le poids de la grossesse référait Mme O à une évaluation hésitante face aux conséquences qu'engage le destin réservé aux femmes mariées et mères devenir enceinte en milieu haïtien semble toucher à la résignation devant un choix douloureux où les femmes subissent leur sexualité, laquelle n'existe que pour répondre aux besoins de l'homme Elles s'entourent d'enfants que le groupe social valorise Par contre, ils seront aussi destinés à s'assurer une prétendue fidélité de la part de leur mari. Dans ce groupe ethnique, la grossesse apparaît souvent le tremplin privilégié à la levée des défenses, permettant ouvertement l'expression des conflits et offrant parfois à la femme la possibilité de se soustraire à cette situation à connotation agressive que représente pour elles l'acte sexuel

Sur ce, l'attention de Mme O, devenue aiguë par ses trouvailles précédentes fut captée par la troisième image, "l'objet de mes problèmes actuels" représentant deux images de nourriture, situées à droite, en bas (Diapo 4)

Elles provoquèrent une réaction "d'excitation-rejet" du modèle interne (Fairbairn, 1954) et induirent une prise de décision immédiate régressive et

massive. S'avouant actuellement découragée et "paralysée" par la situation, Mme O déclara désirer vivre sa grossesse chez ses parents, exprimant par là son refus de retourner aux Etats-Unis malgré "l'ennui" d'être séparée de son mari avec qui elle "communiquait malgré tout tous les jours"

- Evaluation

Hillman (1964,p 142-148) précise que le processus dialectique de l'analyse tend à rapprocher le patient et l'observateur de telle façon que non seulement 1)l'observateur devient en mesure de poser un diagnostic par le fait d'être exposé et de faire partie du processus en cours, mais aussi 2) le patient est admis à observer l'expérience présente et passée, consciente et inconsciente, réelle et imaginaire contenus dans son corps malade. Le corps devient à la fois un "cela", c a d un objet subjectif et un "moi", c a.d. un sujet objectif à travers lequel toute expérience supplémentaire devient source de transformation

Cette perspective de l'inséparabilité des qualités d'une évaluation et de celles rattachées au processus thérapeutique (Kramer,1983) ont présidé au processus évaluatif. L'évaluation s'appuie ici sur l'analyse des images du collage et complète en leur joignant le sens des réactions et associations (Vaccaro,1973) de Mme O

De l'unique collage complété durant cette session, se sont dégagés trois thèmes

- 1) la frustration ressentie devant les perspectives de perte de l'image narcissique du corps antérieur (Diapo 2),
- 2) la régression affective vers la mère incarnée par la nostalgie du retour à la mère-patrie (Diapo 3), et finalement,
- 3) l'expression concrète, consciente et directe de l'objet de son

problème, la nourriture (Diapo 4), représentative à la fois de son état de privation actuel par les vomissements, de son désir inconscient d'expulsion du fœtus et de son appétit de nourrissage affectif auquel son mari ne pouvait suffire

Dès lors, la dynamique se laisse ainsi formuler toute entière tournée vers le passé, vers son enfance, en quête de nourrissage affectif et de satisfaction orale correspondante, n'ayant pas encore assumé son identité propre, comment Mme O aurait-elle pu s'identifier avec le fœtus incarnant l'orientation future, l'autonomie, et les responsabilités d'une femme adulte. Sa psyché, ne pouvant "avaler" la grossesse (Haynal et Pasini, 1984, p 232), percevant la croissance du fœtus comme un ennemi exploitant son organisme et la dévorant comme un parasite (Pull, 1984) la forçait à rejeter oralement le fœtus, à le vomir

Ces conclusions, ainsi que deux recommandations applicables dans l'immédiat furent communiquées à l'équipe traitante

- 1) les dispositions semblant témoigner d'ouverture, inviter et stimuler Mme O à la communication avec le personnel, à l'organisation d'activités manuelles, l'initier aux exercices pré-nataux et aux méthodes de relaxation
- 2) afin de stabiliser l'état d'ambivalence, encourager Mme O à maintenir pour l'instant, une solution stable évitant à court terme le voyage entre les Etats-Unis et le Québec

- Effets thérapeutiques de la session d'évaluation

Les effets thérapeutiques de la session d'évaluation ont été observés un peu plus avant dans ce texte (réf p 33) Mme O n'avait présenté aucun symptôme de vomissement, à l'issue de l'entrevue, son attitude paraissait

détendue et plus ouverte

Une note explicative décrit ultérieurement que la faculté de se mouvoir appelée motilité (réf chap.III,p 111) est non seulement empreinte des réactions de toutes les expériences passées et présentes (Siegel,1986) mais est aussi reliée aux facultés de l'image du corps (réf chap I,p 35), à la pulsion motrice, la relation objectale, le test de réalité et la maîtrise de soi (Schilder, 1970)

Puisque la grossesse est un événement psychosomatique (McConnell et Daston,1961), on peut considérer que l'acte créateur ait contribué à stimuler, refléter et donner de l'extension aux relations objectales (Eigen et Robbins, 1986) que Mme O. avait spontanément exprimé par le biais des symboles choisis.

La détente et l'ouverture de Mme O peuvent alors s'expliquer par l'utilisation du système psycho-biologique des mécanismes de réduction de la tension, ces mécanismes de défense utilisés par un Moi affaibli ont recours aux objets internes partiels comme substitut du contact avec l'objet interne complet. Le but est de maintenir un sens de cohésion (Eigen et Robbins,1986) et d'équilibre à la personnalité.

La psyche de Mme O avait découvert dans l'image narcissique de son corps (Diapo.2) devenu actuellement un objet perdu, dans les objets perdus de "sa jeunesse" (Diapo 3) et dans le poids de la nostalgie ressentie, une fonction lui permettant de prendre une décision (réf.chap.I,p.36) et de s'évader, du moins momentanément, de son ambivalence et de ses symptômes (Ammon,1979)

2. Suivi thérapeutique

Entre la session d'évaluation et le suivi était survenue la période des festivités de Noël, la santé de Mme O connut pendant cette période de suffisantes améliorations pour recevoir son congé de l'hôpital. Elle retourna dans sa famille. Elle dut cependant être réadmise cinq jours plus tard, sa grossesse était d'environ 20 semaines.

Devant la récurrence des symptômes, l'équipe d'intervention opta pour un suivi thérapeutique. Les manifestations fluctuantes des nausées et vomissements rendit tout aussi fluctuant l'horaire des rendez-vous. Deux sessions et quatre entretiens eurent lieu, répartis sur quatre semaines consécutives.

Lors de la 1^o session, la patiente était reliée aux installations intraveineuses; elle démontra un accueil empreint de détente et de réceptivité réservée; à la recherche d'approbation et agissant comme s'il n'y avait pas eu d'interruption depuis la dernière session (alors qu'il s'était écoulé presque un mois), elle énuméra fièrement les progrès accomplis. Elle était sortie de son isolement, réagissait à son environnement et entretenait maintenant un petit éventail d'activités : dessin, lecture religieuse, marches quotidiennes, communications téléphoniques avec sa famille et son mari.

Un thème fut abordé : celui du conjoint dont Mme O paraissait particulièrement préoccupée, elle déclara lui téléphoner tous les jours et "s'ennuyer beaucoup de lui". Elle associa sa pensée à l'exécution d'un dessin au crayon de couleur. Elle forma d'abord les 3 initiales juxtaposées et

entremêlées du nom de son mari A S -O (pseudonyme), puis elle remplit méthodiquement les lettres avec les couleurs (pour les besoins de la confidentialité, la diapositive correspondante ne figure pas). Parallèlement, elle semblait plongée dans un profond état de réflexion où les limites de son ego se débattaient, aux prises avec l'indécision, la culpabilité et le déni

L'aspect agressif de la dynamique passive-agressive émergea violemment et reconnut l'influence paralysante de la figure maternelle. La mère contribuait au renforcement des symptômes en manifestant une attention particulière lorsqu'ils apparaissaient et que Mme O se retrouvait en situation de dépendance passive. A la maison " . ma mère insiste sur le fait que je suis malade et que je dois garder le lit"

Mme O fut encouragée à exprimer sa colère et se rebeller ainsi contre la dynamique aliénante de leur relation symbiotique. La relation conflictuelle avec les attitudes autoritaristes paternelles fut elle aussi évoquée, mais sans plus, et incluse dans la décharge. Dès lors, l'hôpital acquit le statut de refuge et de protection . "Je me sens bien à l'hôpital", où Mme O. pouvait se permettre de détourner l'anxiété liée à la séparation, d'expérimenter des développements motiles interdits . "je me sens mieux en bougeant", et de construire dans le sens d'une identité autonome

La psyche de Mme O avait accompli un effort considérable en brisant le miroir idéal de son enfance. Elle réprima toute interprétation supplémentaire ou complémentaire du dessin, pour elle, il conservait sa signification concrète. Seule une "banane mauve" placée à gauche "comme un cadenas sur les lettres" la laissait perplexe

A la lumière des réactions et associations de Mme O., il s'était révélé que les initiales du dessin symbolisant le statut conjugal avaient renvoyé Mme

O à l'identité sexuelle associée (banane-cadenas-initiales) Devenir mère implique l'intégration de l'identité sexuelle de même que la prise symbolique de la place jusque-là occupée par la mère propre (réf chap I,p 12) Les échanges isomorphiques du travail créateur (réf chap III,p 120) avaient enclenché une intense stimulation qui avait à son tour servi de réactivateur au conflit oedipien pré-génital gravitant autour des processus d'individuation, de séparation, de dépendance et d'autonomie apparaissant appartenir à la petite enfance et à l'adolescence (réf chap I,p 32) Ce qui explique le passage accéléré de la participation de Mme O du principe passif au principe actif de sa personnalité

A l'analyse du dessin lui-même on remarque que le "S" des initiales comporte un anneau supplémentaire et acquiert ainsi une forme serpentesque enlaçant les deux autres initiales Parmi toutes les significations attribuées au serpent, le Dictionnaire des Symboles (Chevalier et Gheerbrant,1982) lui attribue les propriétés de la montée libidinale, de la manifestation renouvelée de la vie et de la dialectique matérielle entre la mort et la vie, entre la vie et la mort

Aucune réaction psychosomatique ne s'était manifestée L'entrevue avait duré une heure trente minutes

Il fut mentionné à l'équipe traitante .

- 1) que l'agressivité mobilisée avait aéré le schéma défensif et opéré un recul de l'état régressif,
- 2) qu'il était souhaitable d'impliquer la mère en vue de l'inciter à relâcher la pression et d'établir une base permettant à sa fille l'accès à l'estime de soi et à l'autonomie

Il fut décidé que la travailleuse sociale et la diététicienne réuniraient

Mme O et la mère la semaine suivante

Il s'avéra que la 2^o session eût lieu immédiatement avant cette entrevue

Mme O présentait une façade accueillante et souriante derrière laquelle on percevait le tourment et les craintes de représailles de la part de sa mère omnipotente et omniprésente (Argant-LeClair et Clerk, 1990). Ses mouvements étaient libres (pas d'intraveineuse) et l'apparence était particulièrement soignée. Mme O céda soudainement à la pression intérieure et manifesta une crise de dépendance orale : elle téléphona soudainement à sa mère lui demandant si elle "voulait bien lui apporter de la crème glacée". Le ton de voix était celui d'une fillette. La psychodynamique du déficit narcissique et de dépendance apparut à ce moment-là particulièrement claire.

Par la suite, son attitude devint défensive et fermée. Mme O. avait choisi de travailler avec le collage. Ses commentaires étaient brefs, prononcés sur un ton inaudible. Elle évitait soigneusement et résistait à toute allusion émotive.

Le thème du collage fut dicté par la stimulation résiduelle déclenchée au cours de la dernière rencontre : il réfère aux mythes et aux rites primitifs symbolisant la virilité présentée aux femmes sur la voie de l'initiation sexuelle (Jung, 1964). Ici encore, il convient de se rappeler que culturellement, la spiritualité vaudou imprègne, à des degrés divers, les pratiques de toute la société haïtienne, même parmi les couches sociales non-vaudouissantes qui se tiennent soigneusement à distance (Sabatier et Tourigny, 1990).

Le collage ne comporte qu'une seule image (Diapo 5). Le choix avait été précédé d'une très longue observation de l'image. Elle représente une idole de cuivre de type ancien. Le torse est mince, les cuisses sont fléchies et

écartées, les bras musclés enserrent un partenaire invisible. La tête et les avant-bras sont ornés d'excroissances remarquables (Diapo 6). Mme O décrit l'objet comme représentant "un homme", ses "cornes" retenaient son attention de façon particulière. Le Dictionnaire des Symboles (1982) accorde aux cornes la signification d'un signe de puissance et d'agressivité liée au principe masculin.

Ainsi, d'une part, tel que déjà mentionné dans la section de l'évaluation (réf chap. I, p 29), l'ensemble renforçait l'idée de l'étreinte sexuelle où l'acte est vécu, de façon réelle ou imaginaire, comme une soumission (Jung, 1964), une atteinte à l'intégrité corporelle, et par là, comme un combat à l'issue duquel s'inscrit une blessure narcissique très profonde (Argant-LeClair et Clerk, 1990). D'autre part, l'image était aussi susceptible d'évoquer le principe d'énergie active dans lequel se trouvait Mme O depuis une semaine.

L'heure du rendez-vous approchait. Mme O réagit à sa nervosité croissante par une manifestation des symptômes d'hyperemesis.

Les symptômes fluctuèrent dans les semaines suivantes. Nos échanges se résumèrent à quatre courts entretiens variant entre dix et quarante minutes.

Le premier eût lieu le lendemain du rendez-vous. Mme O démontra des sentiments de persécution se rapportant à la stratégie adoptée par la travailleuse sociale et la diététicienne. Elle était surtout outrée qu'on ait déclaré à sa mère qu'elle n'était pas vraiment malade et qu'elle ne faisait pas d'effort pour s'améliorer. Impuissante " pourtant je fais tout ce qu'on me dit de faire et ça ne donne rien " et sentant que le groupe avait attaqué ses fantasmes d'omnipotence devant sa mère, elle s'était réfugiée dans un retrait semblable à celui décrit en session d'évaluation (réf chap I p 26).

Au deuxième entretien Mme O tenta d'éviter son angoisse de persécution et de séparation en projetant sa colère contre la relation thérapeutique elle refusa l'entretien et suggéra que les sessions étaient peut-être responsables de ses nausées

Au troisième entretien, elle poursuivit ses suggestions; mais elle s'assura de bénéficier de compassion en adoptant une attitude souffrante et pleignante. Une fois sécurisée et libérée de son angoisse, de façon très surprenante, Mme O démontra une expression corporelle et verbale tout à fait contraire. Assise, elle se mit à parler et gesticuler avec véhémence. Mme O. en vint, de façon confidentielle à aborder le conflit caché que sous-tendait la relation avec son père, jusque-là demeurée dans l'ombre. Il se révéla que le père était aussi le père de deux enfants nés de deux femmes différentes en dehors du cercle familial. Ces enfants et leurs mères vivaient en Haïti. Ces conceptions étaient survenues alors que la mère de Mme O. était malade et inapte aux relations sexuelles. Il s'avéra que le souci que le père se faisait actuellement au sujet de l'entretien des deux enfants créait beaucoup de tension dans sa famille.

Les coutumes culturelles du pays d'origine de Mme O interviennent encore ici. Il importe de savoir qu'une certaine forme de polygamie existe dans toutes les couches sociales haïtiennes. Cette polygamie est considérée comme étant le fait des hommes seulement, toute infidélité féminine étant en principe sévèrement réprimée. Une hiérarchie existe parmi les "co-placées" (ou co-maîtresses dans le cas d'un homme marié) : la première, la "caille", c.à.d. celle qui reste à la maison se démarque des autres, les "dehors". Cependant, tous les enfants nés du même homme sont égaux devant le père quant à leurs droits à l'éducation, aux soins habituels et à l'héritage (Sabatier et

Tourigny, 1990, p 27)

Mme O vivait dans cette situation non seulement une grande anxiété et une "contradiction avec le statut religieux" de son père (réf. chap I, p 22), ce qui, déclara-t-elle la "dérangeait" et la "mangeait par l'intérieur", mais elle vivait aussi la perspective d'un modèle dont les choix culturels sont particulièrement douloureux pour les femmes (réf chap I, p 36) Dès lors, on comprenait mieux la nature de la symbiose ou encore de l'extrême solidarité qui unissait Mme O à sa mère, laquelle était appelée à assurer, ainsi que toutes les mères avec leurs filles, l'unité de la famille maternelle par-delà les générations (Argant-LeClair et Clerk, 1990)

Apparemment déchargée d'un poids considérable, Mme O témoigna se sentir mieux. Elle se montra extrêmement expansive et déclara même avoir "le goût de dîner et de manger"

Le quatrième et dernier entretien eût lieu le lendemain. Les symptômes d'hyperemesis semblaient de nouveau en régression. Mme O paraissait calme et reposée. L'association qu'elle avait déjà fait entre le contenu du processus thérapeutique des sessions et l'apparition des nausées s'était ancrée. Aussi, craignant un retour des malaises "J'ai peur d'être malade", prit-elle l'initiative de l'entretien, se défendant par là de l'excitation encore vive contenue dans les images et les confrontations qu'elle venait de vivre. Elle tint un discours où elle projeta son désir de conciliation. Elle évoqua son mari, leur lieu de résidence où elle évaluait que "c'était mieux pour élever des enfants" et des projets d'avenir pour "après la naissance". Mme O avait cumulé 23 semaines de grossesse et se retrouvait, à ce moment-là, à la fin du 2^o trimestre.

Aucune manifestation d'hyperemesis ne fut observée au cours de

ces quatre entretiens

Les instances psychosomatiques déjà régressives disparurent suffisamment pour que Mme O reçoive son congé de l'hôpital la semaine suivante. Ce congé s'avéra définitif puisque personne, y compris l'équipe traitante ne réentendit parler d'elle. Toutes tentatives ultérieures de contact ou d'information furent reçues par un mur de silence familial, à défaut d'observation, il fut conclut que le parcours de la grossesse de Mme O s'était régularisé et que la famille désirait peut-être protéger une paix déjà bien éprouvée.

3 Synthèse

Nous savions que mariée, avant le début de sa grossesse, Mme O vivait déjà une symbiose et un conflit d'identité sexuelle où l'image narcissique du corps jouait un rôle important (réf chap.I,p 21). La signification centrale du trouble psychique résidait d'une part dans les besoins de dépendance et d'autre part dans l'extrême peur de la séparation qui y étaient liés. Mais la grossesse de Mme O est survenue inopinément, imposant une pression supplémentaire relative à la signification individuelle et sociale de la maternité en milieu haïtien (réf chap I,p 36). Le processus psychosomatique normal s'est alors emparé de l'ensemble des contenus et tensions émotionnelles pré-existantes (réf chap I,p 19) et a donné le signal de l'expulsion (réf chap I,p.27).

L'approche thérapeutique a pris en considération ce conflit d'identité sexuelle où la perte du corps narcissique symbolisait pour Mme O la perte du

choix dans le degré d'engagement sur le plan marital. Sur la base des effets thérapeutiques de la session d'évaluation, les échanges isomorphiques du travail créateur ont par la suite produit une stimulation propre à placer la dynamique ambivalente de Mme O sur un axe évolutif actif. Le courant d'énergie produit, intensifié et utilisé par le processus thérapeutique, a contribué à aérer la configuration statique dans laquelle se trouvaient piégés les symptômes d'hyperemesis, en introduisant un pont de questionnement entre le passé et le présent, entre les conflits émotifs siégeant à l'origine du refus de la grossesse et la réaction psychosomatique, entre les réflexes de l'esprit et ceux du corps.

Le continuel va-et-vient "dehors-dedans", "dedans-dehors" (réf.chap.III, p 115) a conduit Mme O à retrouver et nommer l'unité de mémoire innomable (le secret) relié au réseau de communication (Bassin, Lyshak et Robbins, 1986) sensoriel où était cristallisée la somatisation (Siegel, 1986).

Sur la base de l'alliance thérapeutique combinée aux soins et l'attention de l'équipe traitante, il a apparemment été possible pour Mme O de décharger la tension, de renforcer les limites du Moi, d'intégrer les manifestations diffuses et non-verbales de son ambivalence et d'accepter le développement psycho-sexuel inhérent à sa condition.

Dans la perspective de mieux comprendre le caractère psychosomatique de la grossesse de Mme O nous avons d'abord examiné

comment les enjeux normaux, le modèle psychobiologique spécifique de Kestenberg et les facteurs de personnalité nous mènent à percevoir toute grossesse normale comme une étape psychosomatique à objectif maturationnel dans la vie d'une femme. Ensuite, l'identification de la problématique spécifique du cas de Mme O. a débouché non seulement sur un bref aperçu historique, descriptif, diagnostique et étiologique, mais aussi sur la mise en relief du facteur psychologique de la maladie de Mme O., l'hyperemesis gravidarum. Les traitements ordinairement dispensés en milieu hospitalier ont été pour leur part brièvement évoqués avant de s'engager dans le contenu du déroulement de l'évaluation et du suivi thérapeutique.

Dû à la nationalité étrangère de Mme O., il a été tenu compte, quoique de façon très limitée, des phénomènes de la sexualité féminine et par extension du phénomène de la grossesse tels que vécus dans leur contexte original.

Une meilleure compréhension de l'ensemble de la dynamique nous est finalement permise sous forme de synthèse.

Après avoir dégagé les caractéristiques psychosomatiques d'une grossesse normale, celles de l'hyperemesis gravidarum, la description et une compréhension du parcours thérapeutique de Mme O., nous survolerons dans le prochain chapitre, au moyen des grands axes théoriques de la psychosomatique moderne, les composantes participant au développement et à la formation du symptôme; ces fondements contribueront à situer et élargir nos connaissances concernant le processus général de somatisation.

CHAPITRE II

Le concept de somatisation

"En lisant chaque Auteur je
me fis une loi d'adapter et suivre
toutes ses idées sans y mêler
les miennes ni celles d'un autre,
et sans jamais disputer avec lui
Je me dis, commençons par me
faire un magasin d'idées, vrayes
ou fausses mais nettes, en
attendant que ma tête en soit
assez fournie pour pouvoir les
comparer et choisir "

J -J Rousseau

"La raison a beau créer,
l'imaginaire a établi dans
l'homme une seconde nature"

Pascal

PRÉLIMINAIRE

Le mouvement psychosomatique est récent et se situe au confluent de plusieurs disciplines théoriques et méthodes (Haynal et Pasini, 1984). Il regroupe et suscite un certain nombre d'hypothèses, sans réussir jusqu'à présent à fournir une image conceptuelle unique des processus pathologiques intégrant toutes les données biologiques, psychiques et sociales d'un problème. Aussi, devant l'ampleur et la multiplicité des données, étant entendu que les descriptions n'ont pas force de loi absolue, que les exceptions sont nombreuses, parfois peut-être aussi nombreuses que la règle, nous contenterons-nous de survoler brièvement quelques principes de base pouvant stimuler l'intérêt, fournir des points de repères informatifs et offrir un réseau d'associations particulièrement utile au praticien face à un/e patient/e (Haynal et Pasini, 1984).

Ainsi, la première section de ce chapitre aborde le sujet par des notions générales concernant les fondements du concept de somatisation.

La deuxième section dégage et synthétise, en premier lieu, les apports théoriques concernant les principaux facteurs prédisposant et constitutifs, ils sont classifiés en tenant compte des deux grandes sphères de provenance, soit les approches d'origine physiologiques et psychophysiologiques. Les recherches d'origine sociale sont intégrées aux deux précédentes. Il s'agit d'un parcours aride, propre à mettre en relief l'aspect systémique complexe dans lequel s'inscrit le développement du symptôme psychosomatique.

Pour sa part, la troisième section s'attache à placer la formation du

symptôme dans le contexte du développement précoce de l'individu. L'illustration emprunte les modèles théoriques de figures bien connues en psychanalyse, telles que Freud, Klein, Winnicott, ainsi que celle de Pierre Marty, fortement inspiré par la psychanalyse et bien connu pour son leadership en matière de psychosomatique contemporaine.

La quatrième section tente finalement d'expliquer la nature symbolique du symptôme, son sens et son but.

Les propos combinés de la troisième et quatrième sections servent une compréhension accrue de la dynamique d'un conflit psychique et de l'apparition d'un symptôme physiologique. Les liens avec le cas de Mme O seront présentés dans la conclusion.

I. LE CONCEPT DE SOMATISATION

Grinker (1953) définit la psychosomatique comme une approche englobant la totalité des processus de transactions entre les systèmes somatique psychique social et culturel "En fait, déclare-t-il la notion de psychosomatique ne se réfère ni à la physiologie, ni à la pathophysiologie, ni à la psychologie ou à la psychopathologie, mais à un concept de processus entre les systèmes vivants et leur élaboration sociale et culturelle" (cité dans Haynal et Pasini ,1984,p 5) Haynal et Pasini ont indiqué que cette perspective multifactorielle est due à une lutte dialectique entre le micro-organisme et macro-organisme de l'individu Cette lutte est perçue décisive dans l'apparition de la maladie et son évolution

L'approche entière est sous-tendue par une hypothèse de base l'unité fonctionnelle soma-psychique (Haynal et Pasini, 1984).

Le concept de somatisation réfère ainsi à un processus par lequel un corps (le soma) est utilisé soit par un propos psychologique ou pour l'acquisition d'un gain personnel (la psyché) (Ford, 1983)

L'utilisation psychologique de la somatisation inclue.

- 1) le déplacement d'affects désagréables sur un symptôme physique, ex l'entre- tien d'une préoccupation au sujet d'une dysfonction intestinale au lieu de la dépression sous- jacente,
- 2) l'utilisation du symptôme comme moyen de communication symbolique, ex la paraplégie hystérique utilisée pour communiquer symboliquement un sentiment d'impuissance,
- 3) l'allègement de la culpabilité par l'épreuve de la souffrance, ex.. le

syndrome de la douleur développé à la suite de la mort d'une personne considérée de façon ambivalente(Ford, 1983)

L'acquisition d'un gain personnel au moyen de la somatisation inclue

- 1) la capacité de manipuler les relations interpersonnelles, ex " pas ce soir, j'ai mal à la tête.",
- 2) l'intention d'obtenir un allègement de tâche ou responsabilité, ex absences ou excuses pour des retards à un emploi ou un travail,
- 3) un gain financier, ex des redevances pour incapacité ou des compensations pour la douleur éprouvée suite à une entorse, un "tour-de-rein ", etc
- 4) la recherche d'attention ou de sympathie de la part d'une relation proche ou autre, ex s'attirer la compassion et la préoccupation au sujet d'un problème auto provoqué (Ford, 1983,chap I,p 1 et 2)

La recherche de gains psychologiques ou interpersonnels par le biais de la somatisation n'est pas distincte de celle observée dans le cas d'un patient atteint de maladie organique authentique. Il n'est pas rare que ces personnes tendent à capitaliser sur leur maladie pour servir une variété d'intérêts personnels. Cependant, on parle de somatisation lorsque le corps est répétitivement utilisé comme moyen de négocier avec un stress de vie (Ford, 1983)

L'expérience émotionnelle est un fait psychique et somatique dans le cas d'émotions avortées ou réprimées qui ne s'expriment que par le changement de quelques paramètres corporels, l'émotion peut ne pas parvenir à la conscience (Haynal et Pasini, 1984)

Mais si l'on examine longitudinalement le cours de la vie, on constate que l'incidence des maladies de type névrotique et psychosomatique augmente aux moments des changements. Ceci s'explique par le fait que tout changement extérieur remet en question l'équilibre acquis et demande un ajustement personnel confrontant l'individu avec la dimension de la perte (cette relation est confirmée par la fréquence plus grande de maladies psychogènes -surtout la dépression- et psychosomatiques lors de deuils, suite à la perte d'une personne importante). Ainsi, les moments du sevrage, de l'entrée à l'école, de l'adolescence, du mariage, de la naissance du premier enfant (la grossesse de la femme changeant l'équilibre du couple, et le premier enfant introduisant une nouvelle dimension en muant la relation duelle en relation triangulaire), de la crise de l'âge mûr, et enfin, de l'âge de la retraite, sont des moments de stress et de vulnérabilité accrue (Haynal et Pasini, 1984).

II- SURVOL DES REPÈRES THÉORIQUES OFFERTS PAR LA PSYCHOSOMATIQUE MODERNE CONCERNANT LES FACTEURS PREDISPOSANTS ET CONSTITUTIFS DU SYMPTÔME

On connaît à l'heure actuelle une approche psychosomatique qui, dans un premier temps, se voudrait une pratique intégrative. Elle tiendrait compte d'informations obtenues de différentes sources : d'examen clinique et de laboratoire, d'observations de la relation médecin-patient, d'expressions psychologiques de patient, d'informations issues du milieu social (Haynal et Pasini, 1984). Les travaux connus de M. Balint (1896-1970) et M. Sapir à sa suite ont d'ailleurs plaidé et suggéré de s'engager vers une pratique tenant compte de la totalité psycho-socio-économique-culturelle de patient (Kaplan, 1985).

Dans un deuxième temps, elle constituerait une spécialité dans laquelle des équipes interdisciplinaires (somaticiens et représentants des sciences humaines comme psychologie, la psychologie expérimentale, la psycho-sociologie, la psychanalyse, la sociologie, l'anthropologie, etc.) se rencontrent dans un but de recherche, visant à rassembler, par diverses méthodes, un certain nombre de connaissances et d'informations.

En ce sens, on peut parler d'une discipline médicale qu'on appelle la médecine psychosomatique, spécialité mettant essentiellement l'accent sur l'importance de l'investigation des interactions psyche-soma (Haynal et Pasini, 1984).

Ainsi, en ce qui concerne les relations de la psychosomatique avec

la psychiatrie, on peut concevoir que la distinction traditionnelle entre hystérie et hypocondrie d'une part maladies psychosomatiques d'autre part, peut présenter un intérêt pratique. Dans les névroses, incluant l'hystérie et l'hypocondrie, les troubles psychopathologiques sont au premier plan. L'hystérie implique le corps à travers des symptômes de conversion, des troubles de la musculature volontaire et de différentes afférences sensorielles. De même, l'hypocondrie exprime à travers différentes perceptions du corps des angoisses masquant une structure dépressive souvent grave, dans le registre des états limites. Dans la dépression, dans la névrose d'angoisse, on trouve également la manifestation de troubles physiques, les troubles psychopathologiques demeurant au premier plan. Dans cette perspective, la névrose d'angoisse, la dépression, comme l'hystérie et l'hypocondrie, sont des maladies psychosomatiques, même elles font traditionnellement partie, dans les traités de psychiatrie, du chapitre des névroses (Haynal et Pasini, 1984).

En dehors des névroses, on rencontre dans la médecine psychosomatique des maladies psychofonctionnelles, en général expression de l'angoisse et de l'affect dépressif, et des maladies psychosomatiques proprement dites, ces dernières étant des maladies à étiologie multifactorielle avec une participation psychique importante (Haynal et Pasini, 1984).

Comme mentionné dans la première section de ce chapitre, l'approche toute entière de la psychosomatique est sous-tendue par l'hypothèse de base, soit l'unité fonctionnelle soma-psyche.

Le consensus autour de cette hypothèse, en fait, l'hypothèse de base elle-même ne résout pas les difficultés découlant d'une discipline jeune où on retrouve une pluralité de méthodes disponibles pour appréhender les faits et les expliquer. On y retrouve en effet un certain nombre de méthodes, les unes

venant de la psychologie (expérimentale, testologique, psychanalytique, etc.), les autres de la médecine (observation clinique, expérimentale, pathophysiologique en partie psychophysiologique)

La multiplicité des méthodes a entraîné une multiplicité d'hypothèses. Cela explique que la psychosomatique moderne ne puisse fournir une seule image des processus pathologiques intégrant toutes les données psychiques et somatiques (Haynal et Pasini, 1984)

Les deux grandes divisions qui suivent tiennent essentiellement compte des deux grandes sphères de provenance. Une troisième sphère sociale dont les recherches se situent fréquemment à l'intersection des sphères psychologiques et biologiques (Knapp, 1985) est intégrée aux deux autres.

1- Repères d'origine psychologique

- modèle du profil de personnalité spécifique

Citons à ce titre le travail de F. Dunbar -1943- sur le profil de personnalité des victimes d'accidents fréquents impulsifs, aimant l'aventure, vivant dans le temps présent, présentant des difficultés dans le contrôle de leur agressivité, notamment vis-à-vis des figures de l'autorité, ces sujets seraient à la recherche d'autopunition pour des raisons de culpabilité inconsciente. Dunbar les oppose aux angineux et aux coronariens qui exposent, pour leur part, des caractéristiques d'ambition, d'autodiscipline, misant sur la performance personnelle et ajournant la satisfaction de leurs besoins momentanés en fonction des exigences du but visé. Le lien entre le profil de

personnalité et certains types de maladies psychosomatiques a été obtenu à l'aide de questionnaires avec échelle auto-appréciative de test projectifs ou métriques (Haynal et Pasini, 1984)

Des travaux similaires menés par les cardiologues Friedman et Rosenman -1959- se sont attachés à saisir les traits de caractère des personnalités à haut risque, par exemple pour l'infarctus du myocarde (Kaplan, 1985)

- modèle du conflit nodal dynamique

Franz Alexander et son école de Chicago -1934-1968- ont élaboré pour leur part, un système portant sur la spécificité des maladies psychosomatiques majeures et mettant en parallèle des conflits spécifiques au sens psychanalytique du terme de même que certaines modifications physiologiques

Alexander considérait la musculature à innervation volontaire comme pouvant être le support de symptômes de conversion de type hystérique, or, ainsi que l'a démontré Freud, ces symptômes résolvent de façon pathologique un conflit intrapsychique. En revanche, les névroses de système viscéral neurovégétatif seraient les concomitants physiologiques de certaines émotions chroniques et n'auraient pas la valeur des symptômes de conversion (résoudre les conflits)

Les maladies psychosomatiques découleraient des innervations erronées chroniques liées au système neurovégétatif qui prépare à la lutte ou à la fuite dans des situations conflictuelles difficiles, ou remplit les réserves

pendant le repos ou le retrait. Ainsi, lors d'attitudes chroniques de rivalité, d'agressivité ou d'hostilité, le système sympathique serait excité chroniquement. Par exemple, le sujet souffrant d'hypertension essentielle serait un homme qui jouirait d'une bonne maîtrise au niveau de la musculature volontaire, tandis qu'il serait, au niveau neurovégétatif viscéral, constamment sous la pression d'émotions réprimées, de l'agressivité, de la compétition et vivrait sous le régime adrénargique (libération d'adrénaline des nerfs sympathiques). Au contraire, l'ulcéreux s'oblige à être actif, ne se permettant pas d'exprimer ses besoins de dépendance, soit parce qu'il ne peut les accepter intérieurement, soit parce que sa demande est rejetée par l'entourage. Selon Alexander, si les deux tendances de base (lutter ou se retirer) sont bloquées, il en découlera un bouleversement neurovégétatif interne risquant de devenir chronique (Haynal et Pasini, 1984).

Bien que fortement influencées par la physiologie de l'époque, ces hypothèses méritent d'être considérées, mais à la lumière d'une conception théorique plus large, au sens de données faisant partie d'un "système". La recherche d'un conflit nodal dynamique se justifie en particulier dans la perspective d'un traitement par psychothérapie brève. Ainsi, les recherches d'Alexander et de son école atteignent un but scientifique : la définition au niveau psychologique des traits spécifiques dans l'étiopathogénèse des maladies, chercher à situer, dans la majorité des cas, le conflit psychologique auquel le thérapeute devrait s'attaquer (Haynal et Pasini, 1984).

En conclusion, l'hypothèse générale du travail d'Alexander se pose ainsi : un patient vulnérable sur le plan d'un organe spécifique ou d'un système somatique, chez lequel on trouve une constellation psychodynamique caractéristique, présentera la maladie correspondante s'il se trouve en

présence d'une situation extérieure qui mobilise ses conflits primitifs et porte atteinte aux défenses élaborées contre eux. Si cette situation extérieure ne se manifeste pas, il est possible que malgré ses caractéristiques émotionnelles et la vulnérabilité de l'organe, la maladie ne se développe pas (Haynal et Pasini 1984)

- modèle de l'influence du stress

Harold Wolff -1943- a mis en doute la spécificité du conflit de personnalité, pour lui, seule existe une spécificité de la réponse fonctionnelle de l'individu. Dans cette perspective, c'est la signification d'une situation qui peut être spécifique. La réponse se situe au niveau physique et au niveau de corps. Vis-à-vis différents stress, l'individu met en marche des réactions corporelles adaptatives protectrices, défensives ou offensives. Ces réactions, notamment les défensives, sont liées à différents systèmes d'organes; par exemple, quand un individu est menacé, son mode de défense peut comporter le besoin de manger, et se manifestera au niveau du dynamisme de l'estomac.

Selon cette théorie, les événements de la vie agissent sur l'état général. Les individus qui ont été ou sont frappés par des malheurs difficiles à supporter, ont plus de risques de souffrir de maladies d'étiologies diverses que ceux qui ont eu ou ont une vie plus facile. Ces études de Wolff et coll. font référence à des facteurs non spécifiques qui joueraient un rôle dans le maintien de la santé et /ou le déclenchement de la maladie (Haynal et Pasini, 1984)

- modèle psychanalytique du traumatisme

Certains psychanalystes ont tenté d'examiner d'un point de vue psychanalytique les maladies psychosomatiques. Tout d'abord, Felix Deutch (l'un des pionniers, avec Franz Alexander) -1939-, a proposé une "anamnèse associative" libre (d'une racine grecque qui signifie en remontant la mémoire). Elle présupposait qu'un traumatisme s'étant produit soit à la naissance, durant la première ou la seconde enfance, prédisposait aux troubles psychosomatiques à l'âge adulte (Kaplan, 1985). D'autres auteurs psychanalystes comme Margolin -1951- ont souligné chez les malades psychosomatiques l'existence d'une régression consécutive à des déficiences du Moi, qui aboutirait à une re-somatisation. Sous l'effet du stress et de la réactivation du conflit inconscient, les sujets régresseraient des processus secondaires de la pensée aux processus primaires tandis que, parallèlement, apparaîtrait la re-somatisation de leurs réponses (Haynal et Pasini, 1984, p 21).

- modèle du champ interactionnel

L'examen du champ interactionnel médecin-malade a été le sujet de l'oeuvre de M. Balint (1896-1970), qui a eu une très grande influence sur les recherches psychosomatiques européennes. Psychiatre et psychanalyste, Balint s'est notamment penché sur les communications et la relation patient-médecin aux niveaux conscient et inconscient. Il en a étudié l'interaction et les possibilités du médecin de "re-fléter" le problème du malade, tel que celui-ci a

pu le lui transmettre Le modèle s'applique sous forme de démarches comportant chacune plusieurs aspects dont le caractère unique est respecté Il tente de jeter le pont entre le déterminisme de l'individu et le champ interpersonnel modulé dans sa communication avec le médecin (Haynal et Pasini, 1984,p 23)

- modèle du changement psychosocial

Les changements dans la situation du sujet sont souvent à l'origine d'une manifestation somatique beaucoup de maladies apparaissent à la suite d'une perte - réelle ou symbolique - accompagnée par le sentiment d'être démuné et sans espoir Engel et Schmale -1972 - ont décrit le syndrome de renoncement-abandon devant une situation ressentie comme trop difficile et la perte de satisfaction vécue comme définitive, le sujet, se sentant abandonné, s'abandonne à son tour ("giving-up/given-up") (Haynal et Pasini.1984.p 24)

- modèle de l'inhibition névrotique; la dynamique dualiste des pulsionsde vie et de mort

L'école de P. Marty, avec M. de M'Uzan, Ch. David et M. Fain -1963- observe et considère que les patients psychosomatiques se comportent, en entretien, différemment que les névrotiques leur vie fantasmatique serait pauvre, voire inexistante, alors qu'émergeraient, seuls, des contenus concrets

raisonnables, une pensée opératoire. Les sujets seraient en quelque sorte coupés de leur inconscient et hyperadaptés à leur entourage. La régression du malade psychosomatique serait une régression du Moi à un niveau défensif primitif comportant de fortes tendances auto-agressives et auto-destructrices que ces auteurs mettent en relation avec l'instinct de mort. Cette fixation au niveau narcissique et à une position de fusion sujet-objet rendrait impossible toute relation objectale authentique, y compris la relation transférentielle. Le sujet s'identifiant totalement avec l'objet, l'Autre est compris comme une duplication objective du sujet. La pensée opératoire et l'orientation pragmatique ne lui permettent pas d'évasion par le fantasme. Il s'agirait plutôt qu'une inhibition névrotique, d'une sorte d'alexithymie, d'une agénésie (absence de développement) à un niveau d'évolution de la pensée normale. Ce qui est cliniquement certain, c'est l'existence, chez ces personnes, d'une hyposymbolisation des affects et conflits personnels. Il est à signaler toutefois que les patients psychosomatiques peuvent aborder et développer un mode d'expression affectif, de même que certains névrosés "s'améliorent" en somatisant. Il semble plutôt qu'il s'agisse d'un mode d'opération défensif, souvent maintenu depuis longtemps, devenant ainsi un trait de la personnalité, mais réversible dans certaines conditions dynamiques (traitements de groupe ou cures psychanalytiques). De plus, seule une partie des malades dits psychosomatiques présente les traits d'une pensée opératoire (Haynal et Pasini, 1984).

De façon très intéressante, dans sa monographie "Les mouvements individuels de vie et de mort", P. Marty (1976) examine l'évolution d'un phénomène psychosomatique sous l'angle du dualisme pulsion de vie/pulsion de mort. Selon lui, la destinée de l'individu serait déterminée par ce champ de

tension. Sous l'influence de l'instinct de mort (pré-existante comme force interactionnelle), chaque nourrisson présentera des dysfonctionnements, mais par le rétablissement d'un nouvel équilibre homéostatique, ils seront repoussés à l'arrière-plan. S'ils subsistent, ils seront considérés comme "points de fixation" pouvant être activés par des situations traumatiques. Leur ensemble constitue une ligne de faiblesse. Les processus d'organisation, désorganisation et réorganisation sont au centre de l'économie (utilisé au sens freudien du terme se rapporte à l'hypothèse selon laquelle les processus psychiques consistent en la circulation et la répartition d'une énergie pulsionnelle quantifiable (Laplanche et Pontalis, 1967) psychosomatique. Cette dernière est déterminée par la fragilité du système, l'actualisation des dysfonctionnements et les somatisations consécutives. Les processus de réorganisation reflètent la coopération des pulsions de vie ou de mort.

Marty décrit encore les "régressions partielles, dues à des tensions, qui peuvent, si la pensée opératoire ne fournit pas de protection suffisante, céder la place à des désorganisations plus massives, les "régressions globales", comme par exemple, celles des patients allergiques. "Ce type de patients montre une grande dépendance et un comportement manipulateur à l'égard de son "objet", la relation est caractérisée par la symbiose et d'importantes capacités empathiques, mais en cas de crise, il perd ses "distances stratégiques" et entre ainsi en état de régression globale. Les "désorganisations progressives" et "états d'inorganisation apparente" sont, pour leur part, présentés comme des états graves, comportant eux aussi des troubles importants dans la relation d'objet, incapables de symboliser dans leur "actuel" concret (P. Marty, 1976, chap II, p 137-157).

Malgré son caractère spéculatif, cette théorie est, en général,

considérée comme une importante contribution à la compréhension du phénomène psychosomatique

2. Repères d'origine physiologique et psychophysiologique

- le modèle de l'apprentissage (le "learning")

Des études expérimentales menées par Gault -1944- (Knapp, 1985) aux Etats-Unis et des chercheurs de la ligne russe pavlovienne ont montré que le conditionnement opérant, mettant en cause le jeu des réactions renforcées par des réussites fortuites, était susceptible également de jouer un rôle au niveau des reflexes dits instrumentaux (Haynal et Pasini, 1984)

- le modèle de la réaction au stress

Les travaux de H. Selye -1945- et des auteurs venus dans son sillage, ont ouvert la voie à une meilleure compréhension de ces problèmes. Selon leurs recherches, le mot "stress" se rapportant à une notion physique, désigne la force qui, agissant sur une structure, aboutit à un changement temporaire ou permanent de celle-ci.

Le "stress" peut être lié à un 'effort subi', un "surmenage" une "stimulation violente" venant de l'extérieur ou de diverses natures : physique (froid, chaleur, changement météorologique, etc.), traumatique (accident, état de choc), toxique, infectieuse ou psychique. Le 'syndrome d'adaptation' que

provoquerait le stress évoluerait, selon Selye, en trois phases,

- 1 - réaction d'alarme aigue (état de choc et contre-choc),
- 2 - réaction d'adaptation durable, qu'on appelle aussi phase de résistance ou défense (ou de compensation),
- 3 - phase d'épuisement (décompensation), au cours de laquelle les mécanismes d'adaptation cèdent

Le même stimulus ne représente pas la même quantité de stress pour tout le monde, il est décodé. Pour le distinguer, on peut utiliser des méthodologies différentes. Certaines permettent de saisir l'impact des "événements de la vie", sur des tranches de population importantes afin d'évaluer statistiquement le risque d'apparition des manifestations morbides. On retrouve ainsi parmi les événements les plus éprouvants de la vie, la mort d'un conjoint, ensuite le divorce, la prison, la mort d'un parent proche, une maladie ou blessure personnelle, le mariage, etc (Haynal et Pasini, 1984, p 29)

3 Conclusion

Les théories qui se dégagent de ces expérimentations nous orientent vers une acceptation très large du terme "psychosomatique". Elles dégagent, notamment, une image de la maladie (et de la santé) dans laquelle différents agents jouent un rôle à divers degrés. Devant la complexité des caractéristiques, G. Engel, fondateur de l'école George Engel de Rochester, U.S.A., a parlé de l'application d'un modèle biopsychosocial (Engel, 1977).

Il est évident qu'une infection massive aboutit dans presque 100%

des cas à une maladie manifeste. Mais dans des cas d'infection moins extrême, il est aussi évident que la résistance de l'organisme, incluant l'équilibre de l'individu sera mise à contribution. Par exemple, des raisons d'ordre psychosociologiques peuvent être responsables d'une baisse de résistance dans le cas de maladies infectieuses (comme la grippe, la tuberculose). Dans cette perspective, pratiquement toutes les maladies pourraient être considérées comme psychosomatiques, elles comporteraient des extrêmes où, d'une part, on retrouverait l'absence de participation somatique (maladies "psychogéniques") et d'autre part, des états morbides avec détermination somatique prépondérante et participation pratiquement négligeable des facteurs psychologiques (Haynal et Pasini, 1984, p 31)

Les facteurs responsables de la santé ou de la maladie constitueraient alors un "système" (au sens de théorie des systèmes) dans lequel les facteurs psychiques prendraient des valeurs différentes dans la pathogénèse des diverses maladies. Il paraîtrait de plus en plus probable que dans les maladies psychosomatiques majeures ou proprement dites (comme l'ulcère, l'asthme, l'hypertension, la migraine) la participation d'un certain nombre de facteurs, entre autres psychologiques, serait nécessaire pour aboutir à la manifestation de la maladie. Ceci pourrait être vrai pour un plus grand nombre de maladies. Il serait, par exemple possible d'inclure les troubles dits "purement fonctionnels" accompagnant l'angoisse, depuis les dorsalgies et d'autres manifestations de la tension musculaire jusqu'aux maladies dermatologiques comme l'eczéma ou les urticaires chroniques (Haynal et Pasini, 1984, p 32)

Retenons que le modèle susceptible de regrouper l'essentiel de toutes ces connaissances est un modèle complexe où le symptôme est compris

comme l'aboutissement de multiples facteurs

- 1) des facteurs non spécifiques (dits aussi "blessures narcissiques")
fréquemment liés par exemple à la perte d'une personne significative
ou d'une situation source de sécurité,
- 2) des conditionnements se passant au niveau des organes .
- 3) une surdétermination du symptôme, suite à des conditionnements
précoces de l'organe donné et à son rôle de mode d'expression de
conflits intra psychiques (comme la conversion hystérique), ou
d'attitudes de base, ou encore d'attitudes théoriques de base
(Haynal et Pasini, 1984.p 34)

III- DU DÉVELOPPEMENT DE L'INDIVIDU COMME PHASE DÉCISIVE DANS CELUI DU SYMPTÔME

Les différentes approches et théories de la psychosomatique moderne que nous venons de voir font apparaître le symptôme psychosomatique comme découlant d'un enchaînement multifactoriel avec rétroactions multiples. Ces facteurs, de quelqu'ordre soient-ils, se médialisent à travers la psychologie individuelle. Dans un même milieu ou environnement, tout le monde ne tombe pas malade, c'est au niveau psychologique et biologique individuel que s'opère la sélection (Haynal et Pasini, 1984).

A cet égard, les modèles psychanalytiques de Freud (1856-1939), Klein (1882-1960) et Winnicott (1896-1971) se sont penchés sur le processus du développement de l'individu comme phase décisive dans la formation du symptôme fonctionnel.

Le dernier modèle, celui de l'école française de P. Marty (depuis 1963) a été intégré à cette partie du chapitre, pour sa forte inspiration psychanalytique, la spécificité de ses applications en psychosomatique, sa facture francophone et l'importance de sa contribution à la compréhension du phénomène psychosomatique.

1 Le modèle théorique de Freud

En abordant la conception psychanalytique des troubles névrotiques qui constituent le matériel à partir duquel Freud a fait ses découvertes, il n'est peut-être pas inutile de rappeler que la psychiatrie classique décrit ces troubles comme étant le résultat d'un développement de la personnalité où le facteur pathogène décisif est constitué par les accidents historiques du milieu où vit le patient (Huber, 1977)

Pour sa part, dans un article intitulé "Les psychonévroses de défense", publié en 1894, Freud admet que le développement effectif d'une disposition, d'une attitude névrotique et de la décompensation manifeste finale, quoique conditionnés par le patrimoine congénital, dépendent des accidents de l'histoire individuelle. Freud situe toutefois en ces termes l'importance relative du facteur biologique par rapport au facteur accidentel précipitant: "Plus fort est le premier plus un trauma conduira à une fixation et laissera un trouble du développement, plus fort est le trauma, plus sûrement il manifeste son endommagement dans des conditions pulsionnelles normales". En ce qui concerne les facteurs prédisposants acquis, il faut compter toutes les expériences ayant abouti à la névrose infantile et les conditions historiques qui favorisent sa persistance par fixation sur la libido. Toute névrose infantile n'aboutit cependant pas nécessairement à une névrose à l'âge adulte, mais toute névrose d'adulte présuppose l'existence d'une névrose infantile (Huber, 1977, chap V, p 147-203)

Lorsqu'une pulsion chez l'adulte ne peut trouver de satisfaction par suite de l'absence de l'objet immédiat ou d'une interdiction à sa réalisation, le conflit ainsi créé peut trouver une solution grâce à la capacité de l'individu à

supporter la non-satisfaction. Mais les possibilités de résolution grâce à la plasticité des pulsions et à la capacité du sujet à supporter les privations ne sont pas illimitées. " La plus importante des restrictions est manifestement celle qui porte sur la mobilité de la libido, puisqu'elle a pour effet de faire dépendre la satisfaction de l'accès à un très petit nombre de buts et d'objets. Souvenez-vous seulement qu'un développement incomplet de la libido laisse des fixations très abondantes et éventuellement multiples à des phases précoces de l'organisation et de la trouvaille d'objet. Vous reconnaîtrez alors dans la fixation de la libido, le second facteur puissant qui s'associe au refus pour causer la maladie" (Huber, 1977 chap V, p 147-203)

C'est donc la fixation infantile de la libido qui, par la limitation de la plasticité des pulsions et la capacité d'endurer la privation de satisfaction instinctuelle qu'elle entraîne, rend finalement le conflit pathogène. " pour qu'un refus extérieur devienne pathogène, il faut qu'il y ajoute un refus intérieur: le refus extérieur enlève telle possibilité de satisfaction, le refus intérieur voudrait exclure une autre possibilité. C'est à propos de celle-ci qu'éclate le conflit entre la libido, qui cherche à s'engager sur des voies et buts satisfaisants, et le Moi, qui les a bannis depuis longtemps et interdits également pour l'avenir. Lorsque la libido est ainsi privée d'une satisfaction idéale adéquate au Moi " elle est finalement obligée de s'engager dans la voie de la régression de chercher la satisfaction dans l'une des organisations déjà dépassée ou dans l'un des objets antérieurement abandonné. Ce qui attire la libido sur la voie de la régression ce sont les fixations qu'elle a laissées à ces stades de développement" (Hubert 1977 chap V p 147-203)

A ce conflit entre les fantasmes régressifs et le Moi, ce dernier réagit par leur refoulement dans l'inconscient, ce qui supprime les représentants

psychiques conscients des pulsions mais non leur exigence de satisfaction. La fonction des symptômes sera justement de satisfaire les exigences pulsionnelles dont les représentants psychiques ont été expulsés dans l'inconscient. Le symptôme acquiert le rôle de rejeton défiguré de multiples façons, de la satisfaction inconsciente du désir libidinal" (Freud, 1981). La résolution du conflit pourrait s'effectuer soit grâce à la plasticité de la libido, soit par le renoncement à la satisfaction de cette dernière, ce qui exigerait de toute façon un effort du Moi (Huber, 1977 chap V, p 147-203).

A propos de l'avantage du développement de symptômes, Freud nous dit encore : "En outre, la solution du conflit par la formation de symptômes est la solution la plus commode et celle qui arrange le mieux le principe de plaisir. Indubitablement, elle épargne au Moi un travail intérieur grand et pénible". Le bénéfice ainsi obtenu par la formation de symptômes est appelé bénéfice interne de la maladie auquel "s'associe, dans certaines situations, un avantage extérieur palpable, plus ou moins important dans la réalité" (Freud 1981 chap V, p 32-39), qui trouve son avantage dans la possibilité d'action sur l'entourage. Ces deux bénéfices constituent le bénéfice de la maladie primaire. S'y ajoute le bénéfice secondaire n'intervenant pas directement dans l'économie du conflit pathogène, car "lorsqu'une organisation psychique telle que la maladie a duré pendant un certain temps, elle finit par se comporter comme une entité indépendante, et il ne peut guère manquer d'occasion lors desquelles elle se montre utile et utilisable, acquérant ainsi une sorte de fonction secondaire qui consolide à nouveau son existence" (Freud, 1981 chap V p 32-39).

Il existe encore un dernier facteur que Freud appelle "la compulsion à répétition". Il faut en effet garder à l'esprit que les troubles psychonévrotiques

ne persistent pas seulement parce qu'ils comportent des satisfactions importantes mais aussi parce qu'une partie du conflit a été rendue inconsciente et reste ainsi inaccessible à une expérience qui permettrait une solution autre que la solution névrotique adoptée. L'ensemble de ces événements constitue les facteurs de maintien et persistance des troubles (Huber, 1977, chap V p 147-203)

Chez les névrosés mentaux les traumatismes raniment en quelque sorte l'activité mentale pathologique, c'est-à-dire le conflit lequel consiste en une opposition aux tendances productrices de symptômes. Dans la conversion hystérique le conflit transposé dans le domaine somatique se convertit et se fige en une symptomatologie somatique. Les atteintes somatiques portent sur des fonctions sensori-motrices à valeur relationnelle et présentent bien entendu, une signification symbolique (Marty, 1976)

2 Le modèle théorique kleinien

Gérard Bléandonu un analyste du mouvement kleinien, constate que plusieurs éléments de la théorie de Klein auraient pu l'intéresser à la compréhension des états psychosomatiques mais que personnellement, elle ne leur porta aucun intérêt (1985)

Pour Klein dans l'ensemble l'hystérie de conversion était tenue pour responsable d'une quantité de maladies physiques et n'était pratiquement pas distinguée des affections psychosomatiques. Les mêmes angoisses sous-tendant l'hypocondrie étaient retrouvées à l'origine des symptômes hystériques.

dans les deux cas, il s'agissait de la crainte d'une persécution par des objets intériorisés ressentie comme un dommage physique infligé au moi (Bléandonu, 1985)

Quoique plusieurs critiques aient déjà exprimé que Klein ainsi que plusieurs autres représentants du mouvement ne se soient pas suffisamment interrogés sur les différences structurales entre les différents types de psychopathologie (Kernberg, 1976), plusieurs autres se sont néanmoins intéressés, de façon éparse au processus psychosomatique. Parmi eux, Sydney Klein a suggéré en 1963, au cours de l'analyse d'un adolescent souffrant de colite ulcéro-hémorragique, que son patient avait le sentiment que ses intestins contenaient le mauvais objet interne renfermant la partie sadique du soi, la colite aurait résulté d'une tentative pour l'en expulser. Le stade de fixation se serait trouvé à un stade précoce du développement au cours duquel le nourrisson était incapable de différencier la douleur physique de sa contrepartie émotionnelle. Comme il avait l'impression de pouvoir se débarrasser de ses sensations intestinales pénibles en déféquant, il a cru pouvoir se débarrasser de la même manière de ses sentiments désagréables. À ce stade, les émotions étaient associées aux selles. La poursuite du processus aurait lieu parce que le sujet n'a pas et n'aurait jamais eu le sentiment que sa mère pourrait ou aurait pu contenir et tolérer ses émotions (Kernberg 1976)

Comparant l'hypocondrie et les états psychosomatiques, H. Rosenfeld -1978- a remarqué que ces patients paraissent régresser à un stade de la petite enfance où toute communication peut porter de façon indifférenciée sur un affect autant que sur un sentiment physique, lorsque l'angoisse de persécution se manifeste chez certains patients, elle entraînerait

des manifestations douloureuses localisées dans le corps. Selon Rosenfeld, il serait cependant difficile de localiser la douleur physique proprement dite avant la position dépressive, car un état de persécution est vécu fondamentalement de façon physique et jamais sur un mode purement psychique (Bléandonu, 1985)

Jean Bégoïn - 1966 - a pour sa part, présenté une synthèse des aspects psychosomatiques de la tuberculose pulmonaire selon la perspective kleinienne. Bégoïn suggère que le sujet s'investit dans une recherche désespérée de l'objet, pour être accepté, cet objet doit être idéalisé. Sa disparition laisse immédiatement place à une intense persécution. A l'occasion d'une situation déclenchante en rapport avec la perte d'objet, une partie du moi corporel a recours aux mécanismes schizo-paranoides, la somatisation apparaîtrait alors comme une ultime défense contre une intolérable dépression (Bléandonu, 1985)

Pour F.R. Césio - 1960 - , les réactions comme la somatisation peuvent être engendrées par "l'objet en léthargie". Cet objet serait une manifestation anale de l'instinct de mort. A cause de son excès, le moi peut se révéler incapable de recourir au clivage et à la projection. Comme il ne peut séparer le bon du mauvais, il cherche à se défendre contre l'angoisse suscitée en le projetant dans le psychisme. Lorsqu'il se manifeste corporellement, "l'objet léthargique" produirait des états psychosomatiques graves.

Signalons en terminant, que Klein et ses collaborateurs estiment que chez les hystériques, l'angoisse de persécution agit en les faisant revenir à un langage primitif de nature préverbale et utiliser des postures, gestes et phénomènes viscéraux pour exprimer des émotions et des désirs inconscients, chaque symptôme correspondrait à un fantasme spécifique (Bléandonu, 1985)

3 Le modèle théorique de Winnicott

‘Dans le domaine psychologique, le principe important de la tendance naturelle à la santé, c'est-à-dire à la maturité du développement, est un principe essentiel’ Cette phrase fait ressortir le rôle capital que Winnicott accorde au développement dans l'évolution de l'enfant. L'apport original de Winnicott réside cependant dans sa conception de l'environnement comme facilitateur des processus de maturation pouvant acquérir une importance étiologique primordiale, s'il se montre défaillant ou traumatisant (Winnicott, 1980,p 157-158)

L'auteur utilise le terme "le moi" , pour décrire la partie de la personne humaine en cours de développement. Dans des conditions favorables, il tend à s'intégrer pour devenir une unité. Le processus tend à l'établissement d'un "self" unitaire, lequel apparaît après que l'enfant ait commencé à se servir de l'entendement pour observer ce que son entourage voit, éprouve, entend et réagit en sa présence. Winnicott insiste sur le fait que ce qui se passe à ce stade très primitif dépend de la protection du moi assurée par la mère du couple mère-nourrisson (Winnicott,1980,p 157-158)

On peut dire que la mère qui fournit une protection du moi suffisamment bonne (quant aux angoisses éprouvées, relatives à la satisfaction des besoins instinctuels), permet à l'enfant d'édifier une personnalité sur le mode de la continuité de l'existence. Toutes les carences (qui peuvent engendrer l'angoisse) produisent chez le nourrisson une réaction qui entaille son continuum de vie. Si de telles réactions brisent

constamment ce continuum, elles instaurent une structure de fragmentation de l'existence, et le nourrisson dont la structure fait apparaître de multiples solutions de continuité, aura une évolution qui, dès le début sera orientée vers la pathologie (Winnicott, 1980)

Il convient de remarquer ici que, quels que soient les facteurs extérieurs, c'est la vision individuelle (le fantasme) du facteur extérieur qui compte. L'intégration sera, pour sa part, étroitement liée à la fonction de maintien ("holding") exercée par l'environnement. Cependant si celui-ci fait défaut à certains égards, jusqu'à un certain degré, s'instaure chez le nourrisson une scission relative à la relation à l'objet. Il établit, d'un côté, une relation avec un objet offert. Dans ce but, il élabore un faux "self". De l'autre, il a une relation avec un objet subjectif ou avec des phénomènes simples basés sur des expériences corporelles. De cette manière, Winnicott introduit l'idée d'une communication avec des objets subjectifs et, en même temps, l'idée d'une non-communication active avec ce qui est perçu objectivement. Ainsi, la communication qui s'établit avec le monde à partir d'un faux "self" n'est pas éprouvée comme réelle. La pathologie peut, dans des cas extrêmes, se développer en schizophrénie infantile. Mais dans les cas moins graves, on doit s'attendre à une non-communication active (Winnicott 1980, p 157-158)

Lorsque les circonstances sont favorables, le corps devient la frontière entre le moi et le non-moi. En d'autres termes, la psyché vient habiter le soma et une vie psycho-somatique individuelle s'amorce.

L'instauration de l'état correspondant à "je suis" parallèlement à la réalisation de la cohésion psychosomatique constituent un état s'accompagnant d'un affect d'angoisse de type persécutoire. Cette angoisse est liée au fantasme de répudiation du "non-moi" lequel fonctionne de

pair avec la délimitation du "self" unitaire dans le corps. Dans certaines maladies psychosomatiques, la symptomatologie met particulièrement en lumière l'interaction psyche-soma entretenu comme défense contre une menace de perte de l'union psychosomatique ou contre une forme de dépersonnalisation. Winnicott ajoute : "La façon de soigner implique l'environnement dans une perspective de rétablissement de l'association psycho-somatique. Les soins corporels doivent de plus s'avérer suffisamment bons, actifs et adaptés, sans quoi la tâche intérieure pourra être extrêmement difficile, voire impossible." (Winnicott, 1980, p. 157-158)

4 Le modèle théorique de Marty

Pierre Marty se démarque des théories précédemment abordées, en ce sens que sa démarche s'établit à l'inverse. Marty est d'abord et avant tout un psychosomaticien muni d'une longue expérience en médecine, puis en psychiatrie. Ce n'est que par la suite que ses travaux ont graduellement débordé des balbutiements médicaux traditionnels attachés à résoudre les échanges physico-chimiques pour étudier et intégrer à sa pratique les connaissances de la psychanalyse moderne (Marty et coll., 1963).

Dès lors, sa théorie envisage la vie, la pathologie et la mort de l'homme en s'attardant soigneusement aux phénomènes de fixation et de régression dans un champ défini par l'action des "Instincts de Vie et de Mort". Le principe des "Instincts" s'articule lors des organisations, désorganisations et reorganisations fonctionnelles, toutes trois représentantes des mouvements

évolutifs et contre-évolutifs complexes de chacun. Il est à retenir que Pierre Marty pose la prédominance progressive des activités mentales par rapport aux autres fonctions dans l'évolution individuelle et la notion vitale de conflit comme source de développement des symptômes. Il admet aussi que malgré une limitation sur le plan théorique, la névrose d'organe, l'hystérie de conversion ou l'hypocondrie peuvent être considérées comme des maladies à langage symbolique (Marty, 1976).

La croissance est pour lui un aspect majeur lié à un phénomène de fixation-régression. Il décrit comme suit son évolution dans son interrelation à la conjoncture psychosomatique globalement préparées et relativement déterminées par l'hérédité, les fonctions (ou groupes fonctionnels) évoluent du plus simple vers le plus complexe, dans un mouvement d'organisation fait d'associations et de hiérarchisations. Ce mouvement, issu des instincts de vie semble se produire à tous les niveaux de l'évolution. Elle le répète sans cesse, en particulier au cours de la croissance qu'elle domine, mène et ordonne dans une grande mesure (Marty, 1976).

L'appareil mental démarre à partir du processus primaire, dans une liaison étroite avec l'appareil somatique. Aux stades initiaux, les racines même des fonctions mentales dont la qualité sera plus tard prévalente, s'installent dans le système sensori-moteur avec lesquelles elles se confondent en partie. Nombreuses sont les fonctions somatiques de relation qui prennent alors forme dans les rapports avec l'entourage de l'enfant. La construction psychique, qui se complique et s'organise graduellement représentée, à son stade final de l'âge adulte, le sommet évolutif de la hiérarchie fonctionnelle du sujet. Elle constitue aussi le meilleur témoin de l'état de l'organisation psychosomatique dont elle a assumé nous le verrons.

dans les prochains paragraphes les ultimes remaniements (Marty,1976)

Dans la perspective psychosomatique, après la naissance les organisations homéostatiques premières, tout en assurant l'équilibre général de la vie du nouveau-né, n'assurent pas la cohésion entre les diverses et innombrables fonctions existantes. Ces dernières s'exercent alors d'une manière relativement indépendante les unes des autres, associées en mosaïque sans se trouver organisées dans un système commun et autonome. Une grande partie des pouvoirs d'association et de hiérarchisation fonctionnelles est alors médiatisée par la fonction maternelle. Progressivement, le nourrisson, puis l'enfant, reprennent à leur compte les pouvoirs d'organisation. Cette organisation s'effectue sur des plans de plus en plus larges, en des systèmes successifs de moins en moins nombreux et toujours mieux ordonnés (Marty, 1976)

A chaque niveau d'organisation, les nouveaux ensembles fonctionnels englobent un certain nombre de fonctions pré-existantes, pour ainsi dire constitutives.

En même temps qu'un nouvel ensemble évolutif donne aux fonctions qui le constituent une nouvelle forme de vivre, il les subordonne en leur retirant certaines qualités qui leur assuraient auparavant une relative indépendance. Le nouvel ensemble paraît alors laisser en place une sorte de gérance qui assume un emploi hiérarchique de grande importance.

Les difficultés de la construction ne manquent jamais. Pour s'exécuter, le mouvement essentiel d'organisation évolutive nécessite que les éléments fonctionnels constitutifs d'une association en voie de formation ne se trouvent pas en place, il est fait échec à la formation de la nouvelle organisation fonctionnelle (Marty,1976)

Un mouvement contre-évolutif de désorganisation a donc lieu. Il convient de définir ici la nature accordée au traumatisme.

Celui-ci réside généralement dans l'impact affectif d'une situation extérieure plus ou moins prolongée ou d'un événement qui vient contraindre soit l'organisation la plus évoluée au moment du traumatisme. Il faut mentionner que certains traumatismes donnant lieu à des regressions partielles ou localisées, désorganisent parfois électivement une fonction sans toucher pour autant l'ensemble structural de l'individu. Les instincts de vie, défaits faute de pouvoir s'exprimer, cèdent alors le pas, pour un temps, aux instincts de mort. Une incontestable regression se fait jour au niveau des bases de l'éventuelle organisation. Cette régression (employée au sens psychanalytique de réorganisation autour d'un stade évolutif antérieur) marque la reprise du tonus des instincts de vie et sert de point de départ à une réédition du mouvement vers son stade le plus évolué. C'est une sorte de répétition de la tentative de construction. On voit qu'un traumatisme se réfère ainsi à la fois au stade de la vie du sujet au moment de l'impact au système structural jusqu'alors établi et à l'organisation fonctionnelle maximale en cours. Tous les niveaux évolutifs étant riches de valeur affective, des plus primitivement instinctuels jusqu'aux mieux élaborés, sur le plan psychique, le traumatisme en matière psychosomatique s'avère ainsi le plus souvent, et longtemps avant la fin de la croissance, un phénomène de nature affective (Marty, 1976).

Il faut rappeler en dernier lieu que la qualité d'un traumatisme en relation avec la désorganisation qu'elle provoque ne porte

pas en elle-même de valeur objective et n'a d'importance que celle accordée par l'individu à l'événement initial extérieur(Marty, 1976)

VI . LA SOMATISATION VUE SOUS L'ANGLE DU SYMBOLE D'UN CONFLIT INTRAPSYCHIQUE

Comme nous l'avons déjà dégagé dans la conclusion du "Survolt des repères théoriques" , il est accordé au symptôme psychosomatique le rôle d'expression de conflits intrapsychiques (réf chap II ,p 53) Comme réponse à des conflits de tous ordres, le dysfonctionnement biologique est conçu comme un symbole dans lequel (comme dans l'hystérie névrotique classique) la psyche cherche, avec des moyens primitifs et infraverbaux, à envoyer des messages qui seront interprétés somatiquement. Ainsi, dans des états psychosomatiques, un organe ou une fonction corporelle, nullement perturbés pour des raisons organiques, peut agir comme s'il était appelé à répondre psychiquement à une situation conflictuelle ressentie comme biologiquement menaçante (Mc Dougall, 1989)

1. Notes sur le symbole et l'unité psychosomatique

Il est défini plus loin dans cette recherche, en quoi consiste le processus de symbolisation (réf chap III, p 77-78), si la symbolisation qui y est décrite est basée sur la représentation agissant sous forme plus ou moins apparente, il devient évident que le symbole devient le résultat, le signe visible et concret de " quelque chose d'absent ou impossible à représenter (Dictionnaire de la Psychanalyse, 1974,p 242)

En ce qui concerne le processus de somatisation, certains psychanalystes de tendance kleinienne, comme Garma -1957-, de l'école existentialiste représentée par Médard Boss -1954-, ou grodeckien, comme Groddeck lui-même -1934- ont opté pour la problématique du langage d'organes. Leur matériel d'analyse provient de thérapies en profondeur abordées sous l'angle psychanalytique (Haynal et Pasini, 1984)

J. Chemouni (1984) rapporte à ce sujet les propos de Groddeck : il n'existe pas d'expression humaine hors de laquelle la symbolisation n'opère. L'humain est symbole : par lui, sa réalisation et son unité même s'effectuent. La théorie grodeckienne ajoute que le symbole est à la fois présence et absence, où la présence, par sa dualité, récupère l'absence, qu'il est un "partiel" exprimant la "totalité" (R. Lewinter, cité dans Chemouni, 1984, p. 257)

Groddeck -1866 à 1934- et Lewinter -1969- semblaient se rejoindre sur ce point, car Groddeck aurait clos son oeuvre sur une vision unitaire où l'être humain est appréhendé comme un cosmos, où ses aspects somatiques et psychiques coexistent sur un pied d'égalité, de façon autonome, et où la vie psychique n'existe que parce que le somatique lui donne corps (Chemouni, 1984)

Dans ses "Etudes sur l'hystérie" -1895-, Freud avait pour sa part insisté sur le fait que les symptômes de conversion, les troubles corporels ont une signification symbolique traduisant un contenu refoulé, le corps ainsi perçu deviendrait un prolongement, une dilatation, comme une matrice de la symbolisation (Chemouni, 1984)

2 Le symptôme : un symbole ayant un sens et un but

Grodddeck, nommé le "virtuose de la conversion" a reconnu dans la maladie non seulement une manifestation nécessaire à l'être humain, propre à lui procurer un espace et un langage indispensables par lesquels peuvent s'exprimer une oblitération (Ammon, 1979, Chemouni, 1984), mais aussi une fonction de protection contre les stimuli trop puissants issus de l'environnement (Ammon, 1979). Le sens et le but de la maladie apparaissent étroitement liés, voire synonymes (Chemouni, 1984)

- Le sens

Grodddeck a reconnu l'évidence que la maladie peut constituer un danger mortel qu'il faut absolument évincer. Toute sa vie a d'ailleurs consisté à la soigner et la combattre. Aussi a-t-il conseillé aux médecins de ne pas se précipiter pour soigner la maladie. Avant la mise en place de l'arsenal thérapeutique, c'est le sens de la maladie qu'il convient de découvrir (Chemouni, 1984)

Le sens de la maladie apparaît comme l'impossibilité d'un langage véritable, une substitution au langage parlé, sublime, artistique. Pour se libérer de la maladie, il suffit, comme Freud l'a enseigné dans ses "Etudes sur l'hystérie", de suivre à rebours le chemin de la symbolisation, de remplacer le langage du corps par un mode d'expression qui efface ou augmente la transparence du voile de l'inconscient (1895). Ce qui est derrière le voile nous est à jamais inaccessible directement.

La psychanalyse connaît la mise en garde suivante : un symptôme peut en cacher un autre. C'est dire qu'il occupe dans l'économie individuelle un rôle important et une place particulière : ils contribuent à créer un équilibre permettant de vivre. Il est reconnu que toute atteinte à l'intégrité des symptômes, sans tenir compte du pourquoi de leur apparition et de leur rôle dans l'économie de l'individu, peut aboutir à des catastrophes. (Chemouni, 1984)

Pour Groddeck, tomber malade correspondrait à une autopunition, un châtement, une faute à expier : " L'acte même est oublié, mais on a le sentiment qu'il y a là une faute non expiée et qu'on doit se donner la peine de payer". La culpabilité apparaît ainsi comme le noyau dur de la maladie, le roc sur lequel lutte la guérison (Chemouni, 1984, p 228)

-Le but

Alors la maladie se présente comme un moindre mal, une sauvegarde, une bouée devant un danger réel : " L'être humain se sauve corps et âme dans la maladie. Il peut se trouver des situations où la maladie est plus souhaitable pour lui que le fait d'être en bonne santé " (Groddeck, cité dans Chemouni, 1984, p 223). A un niveau profond, elle constitue un évitement de "maux" bien plus terribles et insupportables, une création, une manifestation de la vie face à sa fonction d'équilibre dans l'économie homéostatique de l'être. Des propos de Groddeck sur la maladie comme création, on peut déduire qu'elle ne se charge pas de valeur positive parce qu'elle est essentiellement "protection", "esquive de dangers", "évitement

d'expérience ou de vérité etc mais que la maladie offre un mode d'expression à l'insupportable à l'inconnu en nous. Maladie-crédation, en ce sens qu'elle permet l'élaboration de l'in-soupçonné qu'elle donne forme à ce qui ne peut se vivre et s'exprimer directement (Chemouni, 1984,p 223)

3. La dynamique du conflit

Même si Groddeck reconnaît que l'organe malade peut l'être par prédisposition - dimension qui n'est pas non plus absente chez Marty " On peut supposer que l'organe qui tombe malade chez l'être humain est celui qui est le plus délicatement organisé " (Marty,1985) -. il reconnaît aussi -de même que Marty - que l'environnement participe au déclenchement de la maladie (Chemouni,1984)

Les formulations de l'un et de l'autre n'étant pas très éloignées, Marty a suggéré "Il faut aussi qu'il y ait des causes externes qui collaborent, qui cultivent le sol préparé par la subconscience" Marty répertorie les causes externes en trois sources

1) la première est décrite comme étant l'amputation fantasmatique impliquée par l'évolution sociale, c a d la modification des valeurs symboliques accompagnant les mutations des structures sociales, par exemple lors des changements de générations. Ces modifications peuvent générer des "conflits de générations" ou encore des "conflits de civilisations"

2) la deuxième a trait aux excitations extérieures soutenues entravant les auto-régulations, lorsque les premières sont violentes et soutenues, qu'elles débordent les aptitudes des systèmes pare-exitations propres du sujet, les auto-régulations ont du mal à s'effectuer

3) la troisième vise l'absence relationnelle ou l'isolement. Marty reconnaît par là les conséquences néfastes de la "mise en quarantaine" similaires à l'excommunication ou au bannissement (Marty, 1985, p. 56)

Le processus de conversion se déroulerait ainsi : la représentation première, celle du conflit, est au préalable riche d'un programme inconscient, celui-là même qui, non élaboré mentalement, force au refoulement. Une expression régressive se fait alors jour. Cette régression s'appuie sur un symptôme fonctionnel somatique antérieurement fixé lui aussi dans un état riche d'un programme inconscient. Une qualité symbolique se retrouve, de ce fait, au niveau de la régression.

La symptomatologie correspondrait au blocage, au gel, à la pétrification du programme évolutif de l'organisation somatique antérieurement fixée dans cet état. Les fixations, lieux d'appel des conversions, concernent les zones fonctionnelles érotisées ayant inconsciemment joué un rôle relationnel dans l'enfance. La programmation est ainsi directement liée à la sexualité. La conversion hystérique se présenterait de cette manière, comme un processus classique de fixation-régression, dont l'originalité serait néanmoins de jouer sur l'état de programmation des organisations fonctionnelles constituant les chaînes évolutives.

Quoi qu'il en soit, cette hypothèse permet de comprendre qu'une reprise évolutive qui remettrait à jour la représentation refoulée, sous forme mentale spontanée ou thérapeutique, peut contribuer à la disposition d'une symptomatologie conversionnelle régressive. Parfois immédiat dans son effet, le processus psychothérapeutique peut aussi être très long (Marty, 1985).

Etant donné l'importance le rôle et les effets du facteur d'origine psychosomatique traité dans le cas de la maladie de Mme O nous avons tenté dans ce chapitre d'élargir notre compréhension générale face à un phénomène complexe et multifactoriel comportant de multiples lignes de force

Une fois défini le concept psyche-soma de base, nous avons, à l'aide des axes théoriques de la psychosomatique moderne, situé nos connaissances concernant les facteurs prédisposants et constitutifs d'origine psychologique et physiologique, participant au développement du symptôme. Le facteur d'origine sociale est intégré aux précédents. Les deux dernières parties du chapitre se sont davantage préoccupées d'élargir nos connaissances en tentant de saisir la genèse et la valeur symbolique du symptôme dans sa formation

Après avoir dégagé de façon générale le caractère complexe et la dynamique particulière du symptôme psychosomatique, nous explorerons en premier lieu dans le prochain chapitre, les sources et mécanismes formant un élément de communication à caractère psychophysiologique en thérapie par l'art. Nous tenterons d'étudier en deuxième lieu comment cette communication peut acquérir un rôle actif de transformation

PAGINATION ERROR.

ERREUR DE PAGINATION.

TEXT COMPLETE.

LE TEXTE EST COMPLET.

NATIONAL LIBRARY OF CANADA.

BIBLIOTHEQUE NATIONALE DU CANADA.

CANADIAN THESES SERVICE.

SERVICE DES THESES CANADIENNES.

CHAPITRE III

FONCTIONNEMENT ET POUVOIR DU TRAVAIL CRÉATEUR EN THERAPIE PAR L'ART

" La cellule de moi-même
emplit d'étonnement la
muraille peinte à la chaux
de mon secret"

Jean-Pierre Jouve

I. LE TRAVAIL CRÉATEUR DE LA THÉRAPIE PAR L'ART

1. Préliminaires

Dans son texte "Le symbolisme dans les Arts plastiques ", Aniéla Jaffé (1964,p 235-239) rapporte que " l'esprit d'une époque est en mouvement incessant comme une rivière qui coule, d'une façon invisible et constante ", et qu'étant donné le rythme accéléré d'évolution du nôtre, la tentative serait grande pour l'art d'aujourd'hui de traduire le rythme même de sa pulsation. Du même souffle, elle observe la naissance de nouvelles tendances, dont celle d'unir d'apparents contraires, de rattacher consciemment la réalité intérieure à celle de la nature et du monde, en dernier recours, de susciter une nouvelle union du corps et de l'esprit. "C'est, dit-elle, à la fois un art des sens et un art "imaginatif" "

La description de D Bassin, F Lyshak et A Robbins (1986) du concept du processus créateur utilisé par les thérapies expressives rejoint ces observations générales en ce que l'expérience de l'acte créateur et la mise à jour des sensations et perceptions éprouvées permettent d'accéder et communiquer avec les dimensions intérieures, imaginatives et psychiques du sujet.

La thérapie par l'art est issue de l'influence de plusieurs milieux de pratique : éducation, réhabilitation, psychothérapie (Ulman.1961), etc , sans oublier l'art lui-même. Chaque discipline a dégagé ses propres énoncés du

processus L'intention de ce chapitre n'est pas d'introduire aux différentes définitions Elle désire plutôt explorer 1) les sources et les mécanismes psychophysiologiques du travail créateur représentant, en thérapie par l'art, l'élément de communication et de conjugaison corps-psyche, et 2) examiner comment la dialectique physique/psychique peut être considérée comme un "autre moi" à l'oeuvre, appelé à intervenir en créant une nouvelle réalité

2. Les sources du besoin de "faire" de l'art : les pulsions....

Si on se penche sur le problème de la signification thérapeutique de l'art, on est amené tôt ou tard à se poser une question fondamentale : d'où vient, chez les humains, le besoin de la pratique créatrice ?

L'observation des moeurs de certaines espèces animales nous confronte à des phénomènes qui touchent de très près le processus créatif. Les descriptions de K Lorenz sur les conduites d'évitement de l'agression ou de la séduction montrent que plusieurs artifices de représentation permettent de mettre en forme certaines pulsions Par exemple, on a pu observer chez certaines espèces d'oiseaux une corrélation entre la fonction hormonale gonadique et la fonction créatrice Dans sa monographie "La psychologie du jeu" (chez les enfants et les animaux), S Millar décrit : " Les oiseaux nicheurs mâles édifient des constructions qui ont parfois deux mètres de haut; ils les décorent avec de la pulpe de fruits ou du charbon, ou les parent d'une grande variété d'objets colorés et brillants pour attirer la femelle" "L'oiseau satiné jonche son territoire d'objets de la couleur de sa compagne : campanules, sacs bleus volés , paille jaune, brins de mimosa. .," etc..(Muret,1983,p.14).

Au sens large du terme, l'activité créatrice dans les arts plastiques est un besoin fondamental au genre humain depuis au moins trente mille ans (Direction Générale du Développement Pédagogique, 1980). L'art a été présent dans la création des toutes premières œuvres de l'homme, tels les masques, les bijoux, les emblèmes, les objets rituels. Historiquement, avant les nombres et le mot écrit, il y a eu l'image. Elle a commencé avec les premiers gestes qui, affrontant la matière, ont exprimé les sensations et sentiments de l'homme primitif. Pour lui, l'art est explication et connaissance du monde. (Leroi Gourhan, 1964)

Le fait est que, dès que conçu, l'enfant fait partie d'un monde où il cherche à se co-naître et co-naître à ce monde (Gagné, 1979). Il est reconnu qu'à la naissance, l'enfant doit composer avec de puissantes énergies instinctuelles. Sa survie dépend de l'état d'une constante évaluation et ajustement de son organisme face à la réalité. Les pulsions demeurent la principale source d'énergie et la gratification des besoins de base, sa principale source de plaisir (Kramer, 1971).

La théorie freudienne a décrit le clivage existant entre le système primitif archaïque, l'id, et le système plus évolué, l'ego. Ce dernier constitue une force organisatrice en chaque individu, lui sont attribuées les plus hautes fonctions mentales, comme celles de percevoir et manipuler la réalité, d'ajourner une gratification et de maintenir l'unité intérieure de la personnalité. Ultimement, l'ego sert les instincts qui, sans ses efforts, n'obtiendrait pas de gratification (Kramer, 1971).

Cependant, l'ego ne pourrait rencontrer l'aspect contradictoire de ses multiples tâches sans l'aide de la répression simple et de plusieurs autres mécanismes complexes. Parmi ces derniers, la sublimation constitue l'un des

appareils les plus efficaces propre à négocier autant avec les dangereuses pulsions de l'id qu'avec la transformation de leur pouvoir potentiellement destructeur, en utilisation constructive (Kramer,1971)

Nous évoquerons un peu plus loin le rôle de ce processus

A. - L'EXPÉRIENCE CORPORELLE

La psychologie accorde une grande importance aux parties du corps appelées à appréhender le monde extérieur les mains, la bouche, la vue et toute la surface du corps, elle reconnaît qu'y sont directement liées de très puissantes caractéristiques narcissiques, libidinales, empreintes de significations symboliques et d'émotions. Le " faire" représente ainsi pour l'enfant, l'opportunité d'obtenir satisfaction, plaisir et gratification du monde objectal (A Freud,1968).

Paul Schilder (1970) précise lui aussi, que de façon très particulière, les ouvertures du corps appelées à jouer un rôle vital dans la vie, apparaissent se retrouver en relation très étroite avec les structures libidinales. Les sensations, d'afflux constant, poussent l'enfant à se toucher, toucher les objets ou rechercher le contact physique de l'entourage. L'interrelation entre ces expériences vécues par le corps et le mouvement constitue, du point de vue cognitif, la première source d'apprentissage, le niveau le plus fondamental d'organisation et d'intégration des phases développementales (Lewis,1987). Les psychothérapies qui utilisent les dynamiques corporelles auprès de nourrissons et d'enfants, signalent que les inhibitions mouvementales surviennent très tôt. Vers l'âge de deux ans, l'enfant explore et se risque dans

des situations comportant des dangers potentiels , les succès sont plus ou moins rapidement modérés par les heurts encourus. De ces expériences sont intériorisés les sentiments liés aux mouvements : ceux qui sont agréables ou pas, ceux qui procurent récompense ou punition. Les sentiments éprouvés sont plus tard renforcés ou mitigés par la participation à des jeux ou des sports. La totalité de l'image de soi s'ébauche ainsi, graduellement, par composition d'images visuelles conjuguées aux sensations corporelles (Mayer, 1963)

La réalité, c'est d'abord ce qu'éprouve le corps (Wallon, 1959, p. 121). Dans son œuvre, il insiste : "Le mouvement est principalement action, relation au monde extérieur. La tonicité est spécifiquement expression, un moyen expressif (de soi-même et de la relation avec autrui)." Il poursuit : "C'est par sa motricité, par sa tonicité, par ses fonctions posturales, aussi par ses modes de sensibilité, que le corps devient psyche et est telle personne plutôt que telle autre."

3. ...et le jeu

Poursuivant ses observations sur les similarités des fonctions créatrices chez les espèces animales, S. Millar (citée plus haut), détaille : "On dit que la peinture et la décoration de la construction vont au-delà du strict nécessaire, et qu'une grande partie en est un jeu" (Muret, 1983, p. 14).

Le jeu agit comme deuxième étape dans l'éclosion graduelle du processus artistique. Comme l'a bien dégagé Luquet (1927), le jeu se révèle être une véritable matrice de l'art, tant du point de vue phylogénétique

qu'ontogénétique. Chez les animaux inférieurs, le jeu n'existe pas. Mais plus on s'élève dans l'évolution, plus son rôle croît. On a constaté qu'il avait une place importante chez les singes. M. Muret (1983, p. 15) rapporte les propos du biologiste Desmond Morris, qui tentait de faire le point sur la question des capacités artistiques des primates. "Christine, (une jeune femelle chimpanzé) préférait par-dessus tout la peinture au doigt. Elle aimait la consistance et prenait plaisir à la faire couler entre ses doigts. Ses figures sont à ce point comparables à celles d'un enfant humain, qu'un psychologue n'y trouverait aucune différence."

On a observé que les jeux avec la peinture étaient différenciés et exprimaient le caractère de leur auteur, qu'ils reproduisaient le stade du griffonnage enfantin et qu'ils approchaient de très près, sans jamais y parvenir, celui de la représentation du visage (Mercier, 1983).

Pour le petit d'homme, le jeu naît aussi de l'expérimentation et de la manipulation. Le modèle développemental de Winnicott (1971), se rapportant aux travaux d'Erickson sur ce stade de la formation de l'identité, introduit le concept que l'expérience de jeu constitue pour l'enfant le phénomène transitionnel direct vers l'expérience culturelle et la sociabilisation.

A. - LA VALEUR FONCTIONNELLE DU JEU

E. Kramer (1979) a contribué à dégager les fonctions utilitaires présidant à l'expression des activités ludiques : elle prétend qu'à l'instar de l'espèce animale, le jeu permet, par l'expérience d'un répertoire

comportemental, l'éclosion du sentiment d'appartenance au milieu spécifique, l'acquisition d'un éventail d'informations précieuses sur l'environnement et les situations, l'adaptation opportuniste aux changements d'environnement ou de situation. Elle nous apprend que, par contre, la coordination et le renforcement du système moteur ne représente qu'une fonction très mineure de la pratique et de l'exercice du jeu.

Toujours d'après Kramer, l'espièglerie et la curiosité paraissent d'importants motivateurs pour l'expérimentation à l'état pur. D'après une étude conduite en 1933 par K J J Buytendijk sur les habitudes des animaux sauvages et domestiques, il existerait une tendance à la création d'objets de jeu, ces derniers peuvent être furieusement défendus et acquérir une signification territoriale. Kramer utilise ces observations pour suggérer que la propensité de l'enfant à créer et investir de significations émotionnelles certains objets inanimés évoque un enracinement dans ces comportements précurseurs. A cet égard, les conditions semblent similaires autant pour l'homme que pour l'animal. L'une des différences fondamentales est que le comportement humain, énergisé par des pulsions libidinalement et agressivement chargées, est soumis à la médiation de l'ego. Ceci implique la neutralisation d'une grande partie des énergies en présence (Kramer, 1979).

Des conclusions dues à des recherches de Waelder en 1933 suggèrent qu'une autre des fonctions du jeu consisterait en une décharge pulsionnelle, de sorte que "le jeu devient un fantasme tissé autour d'objets réels" (cité dans Kramer, 1979, p 56).

B. - NOTES SUR LA SUBLIMATION

Evoquant les contenus fantasmatiques et symboliques ritualisés par le jeu, "qui désignent en psychologie classique la satisfaction imaginaire d'un désir inconscient" (Dictionnaire de la Psychanalyse 1974.p 126). on est reporté au concept de sublimation qui embrasse plusieurs mécanismes parmi lesquels on retrouve la neutralisation de l'énergie pulsionnelle. Libérée, celle-ci devient alors disponible à l'action et à la réalisation (Hartman,1955)

L'un des traits essentiels de la sublimation est décrit comme étant l'authentique plaisir subjectif procuré par l'activité substitutive, plaisir qualifié de plus durable et délicat que l'abandon aux plaisirs impulsifs (Kramer,1958)

C. - LES CARACTÉRISTIQUES DISTINCTIVES DE L'ART

Revisant notre brève investigation sur les principales sources à l'origine du besoin de l'expression artistique, nous avons trouvé que la pratique créatrice trouve ses toutes premières origines dans le contenu pulsionnel et énergétique fourni par le système primitif archaïque, organisé par l'ego et transformé par les mécanismes de la sublimation en "fares" valorisants et gratifiants sur le plan social. Nous avons aussi vu que toute expérience de "faire" était directement issue de toutes les expériences préalables de mouvements où étaient incorporés et intériorisés les émotions reliées. Cette totalité est conceptualisée sous le terme d'image de soi. Nous avons finalement découvert que le jeu constitue le "faire" transitionnel direct vers la sociabilisation et la création.

Le glissement du jeu vers l'art dépend, pour sa part, du passage de

la trouvaille de l'objet ludique multiutilitaire significatif à la création de nouvelles configurations porteuses de significations permanentes. Cette caractéristique particulière nous reporte au travail de l'art, en ce sens que la création d'objets contient non seulement les qualités de l'objet transitionnel ludique, qui, lui, est trouvé, mais aussi l'intentionnalité de créer un objet symbolique (Kramer, 1979). Ceci est vrai autant pour la danse, le théâtre ou la musique où aucun objet matériel n'est créé. Si l'art nous apparaît, à ce moment, plus sérieux, c'est que l'art 1) exerce des exigences plus complexes sur l'ego en engageant des facultés autant manuelles qu'intellectuelles et émotionnelles (Kramer 1971), 2) qu'il connaît des réalisations durables contenant et communiquant une idée, 3) destinées à être comprises et communiquées à l'environnement (Kramer, 1979).

D. - NOTES SUR LA SYMBOLISATION

Le phénomène de la symbolisation apparaît l'un des points importants impliqués dans la compréhension de l'utilisation de l'art comme outil thérapeutique. Sydney et Richard Levy, auteurs du "Levy Animal-Drawing-Story" (LADS), croient que les symboles peuvent exprimer un vaste éventail allant des formes les plus primitives d'expression et de communication à celles plus complexes et subtiles utilisées en art, littérature, folklore, rites et religions (Hammer, 1987).

La symbolisation, succinctement décrite par le Petit Larousse (1986) comme étant l' "action de symboliser", est davantage élaborée dans le

World Book Encyclopedia (1965) comme étant un processus mental inconscient agissant par association et basé sur la représentation similaire ou abstraite par laquelle un objet est éprouvé pour un autre. Le symbole contient, sous une forme plus ou moins apparente, les émotions dont était investi l'objet initial.

D. Beres, psychanalyste ayant beaucoup écrit du point de vue de la psychologie de l'ego, a avancé que le symbolisme tient lieu, représente ou indique "autre chose" ("something else"), non par exacte ressemblance, mais par suggestion ou quelque relation, accidentelle ou conventionnelle (1965). Il précise que dans le fonctionnement psychique normal, le substitut peut tenir lieu d'objet original mais que l'objet symbolique peut permettre l'illusion que l'objet original n'est pas perdu. Il poursuit en décrivant que le symbole est une production manifeste dont la personne est consciente. Il explique, de plus, que le matériel symbolisé peut être aisément disponible à la conscience, qu'il soit préconscient, réprimé ou inconscient (Beres, 1965).

E. - L'ART THÉRAPEUTIQUE

A l'image du jeu, l'art interprète lui aussi le contact avec le monde extérieur. Le principe de réalité s'y trouve représenté, mais réduit à des dimensions plus accommodantes. Par la création d'image illustrant une expérience difficile ou conflictuelle, le sujet fait visuellement face à une réalité blessante et hostile, fait des choix douloureux en renonçant aux gratifications faciles. La terminologie psychoanalytique dit que l'on parvient alors à la

sublimation extensive (Kramer,1979)

Plusieurs types de facteurs influencent la prédisposition d'un enfant à sélectionner et répondre davantage à des stimuli d'ordre visuels que d'ordre purement corporels Rubin (1978) cite des sources neurobiologiques, des mécanismes de défense, des préférences innées pour certaines modalités sensorielles, des propensions dues à la race, de multiples influences extérieures,etc

Les interactions entre ces variables sur les affects et la cognition sont complexes surtout lorsqu'il y a négociation avec des gestes aussi complexes que dessiner, peindre, sculpter ou construire Ce qui nous préoccupe ici concerne plutôt l'exploration des différentes fonctions corporelles à l'oeuvre dans le geste créateur perçu autant en terme d'indice synthétique qu'élément communicatif entre le soma et la psyche

4. Les mécanismes physiques du mouvement créateur

Comme nous venons de le voir, l'art utilisé sous forme thérapeutique (p 8) exige une grande mobilisation des facultés et du courage moral du sujet Le jeu reste une prérogative de l'enfance L'art, avec toutes ses caractéristiques, le remplace dans la vie adulte comme l'un des rares secteurs encore accessible de la vie symbolique où il soit possible d'expérimenter et apprendre en conservant les qualités d'espièglerie et de curiosité de l'enfance

Toute activité créatrice commence avec un mouvement (Zinker,1978) Tous deux ont inspiré J Zinker psychothérapeute gestaltiste Il

s'exprime ainsi

" The creative intention is a yearning in one's body,
a desire to fill the container of life

This yearning expresses itself in energy, movement, rhythm
The activity of creation, its expression, is a loving assertion of life

Creation is an act of thankfulness or an act of cursing
It is a privilege of tasting, seeing, touching life, a celebration of being -
or a pleading for a meaningful exit " (Zinker, 1978, p 236)

Zinker a aussi écrit que la tendance du corps est de traverser
l'espace et d'être en transaction continue avec l'environnement Il décrit son
expérience de "faire" de l'art en peignant

" It is difficult to make art while cemented behind a small desk I need
to get on my feet, to experience my energy Bent slightly at the knees, my legs
begin to move I feel energy building in my pelvis ...Now I am aware of my
breathing As the air enters my lungs, my chest expands and I feel like
stretching Mental imagery emerges from this physical liveliness imagining my
body as a sculpture in a dark, thick space My arms break the darkness with
thick, glowing lines My fingers brush the space with five lines .My body is a
breathing sculpture, drawing in the outside world. I pick up a piece of charcoal
and transfer the lines to a flat surface, a large sheet of newsprint My inner
rhythm say, " Let the force of your body strain the paper " The paper is filled
with thick, black lines from one edge to the other The paper has fallen prey to
my energy Now I use both hands simultaneously I close my eyes . The lines
write themselves I am the instrument The primal experience of "art" has
begun It is an organic, sometimes orgiastic experience. In my process, my adult

brain flexes to recover my inner child - the original rhythm, the carelessness, the sense of abandon. I am a body impacting itself on space" (Zinker, 1978, p 237-238)

Zinker ajoute que toute production artistique peut être vécue comme une danse et expérimentée non seulement au niveau visuel mais aussi par et dans les couches profondes des sensations corporelles (Zinker, 1978)

La démarche principale de Paul Schilder (1970), psychiatre (pre-cite dans ce chapitre), a tenté de relier deux réalités la réalité matérielle ou physiologique et la réalité psychologique considérée comme champ de l'inconscient et du désir. S'appuyant surtout sur le principe de l'image corporelle, il a développé le concept d'un plan du mouvement composé en partie par la connaissance de son propre corps, de l'action du corps entre le début et la fin d'un mouvement de même que des parties du corps spécifiquement utilisées (Dictionnaire de la Psychanalyse, 1974)

Les psychothérapeutes par la Danse et le Mouvement utilisent l'interaction mouvementielle comme premier outil à l'établissement de leurs objectifs thérapeutiques (Schmais, 1974). Pour eux, l'image du corps s'avère d'un des concepts fondamentaux de croissance dans le développement humain. Elle est généralement définie comme une image tridimensionnelle formée de récepteurs tactiles, visuels, kinesthésiques et résultant de stimuli à la fois internes et externes (Ibid.)

Fisher, Seymour et Cleveland (1968) ont déterminé qu'une image du corps relativement intacte constitue un point d'ancrage nécessaire à l'actualisation de la qualité du jugement et des habiletés. Par exemple, on ne peut percevoir l'espace (et subséquemment son environnement), sans percevoir l'espace occupé par son corps.

La restauration des habiletés liées au concept de l'image corporelle sont, en thérapie par la Danse et le Mouvement, basées sur l'expérimentation d'une structure par laquelle le/la client/e peut s'aventurer, sécurisé, dans l'adaptation et la reconstruction de ce qui avait originalement fait défaut (Siegel, 1986). Elle comporte la stimulation tactile, les limites, l'articulation des différentes parties corporelles, le développement de la conscience visuo-kinesthésique, du sens de la gravité, du poids et du flot énergétique (Leventhal, cité dans Schmais, 1974).

En fait, chaque médium expressif, comme la danse, la poésie, la musique, présente une clé différente de l'expérience humaine. Ils peuvent à certains moments collaborer ou/et être explorés en terme de valeurs identiques. Cependant, quel que soit le médium utilisé, il est remarquable de constater que l'expérience humaine ne s'opère qu'à travers la dimension de l'expérience (Eigen et Robbins, 1986).

Nous basant sur l'expérience artistique de Zinker et les contenus théoriques appartenant à la thérapie par la Danse et le Mouvement, nous nous concentrerons dans les prochains textes sur la description des principaux mécanismes physiologiques à l'oeuvre entre le début et la fin du geste créateur, soit l'énergie, la respiration, le corps utilisé et le rythme.

A. - L'ÉNERGIE

L'énergie est un concept essentiel que l'on retrouve au coeur de différentes thérapies corporelles, on la retrouve en bio-énergie, dans les

pratiques de Yoga, la technique Alexander, en acupuncture, etc (Leventhal, cité dans Schmais, 1974)

Le Dictionnaire de la Psychanalyse (1974) le définit comme étant une notion bien connue en psychanalyse. Il cite Laplanche et Pontalis selon lesquels l'énergie conduit à opposer forces vives et forces de tension. Compte tenu des variations théoriques, cette distinction se retrouve dans les couples d'opposés : énergie actuelle - énergie potentielle, énergie cinétique - énergie statique. Par exemple, l'énergie décrite par Breuer serait surtout potentielle et formerait ce que l'on peut appeler la tension nerveuse. Jung parlerait, pour sa part, d'énergie psychique. Pour lui, la libido serait l'expression psychologique du concept physique d'énergie.

En collaboration avec le "Sands Point Movement Study Group on Child Development Research", J. Kestenberg (1965) a développé un profil du mouvement basé sur ses recherches en énergie. Elle considère l'énergie comme étant le flux de tension, l'expression de la masse pulsionnelle innée et des contractions entre les muscles agonistes et antagonistes. Les relations entre ces groupes musculaires seraient soit complémentaires (free-flow) ou opposées (bound-flow). Kestenberg assure que l'impression de l'une ou l'autre de ces deux qualités dans le mouvement ne serait pas régie par la présence mais la qualité de tension présente. Outre les qualités, Kestenberg a isolé les attributs du flux énergétique : ils constitueraient les niveaux de tension (degrés de régularité), d'intensité et de fluctuation durant les séquences de montée ou de baisse. Ils seraient les précurseurs des éléments de force, de temps et d'espace.

Le phénomène semble impliqué dans le cadre du rétablissement ou de l'indisposition de la conscience individuelle. Le blocage, restriction ou

mauvaise orientation du flux peut engendrer des maux de tête, une incapacité de parler ou un sentiment d'indécision. Lorsque le blocage se structure en un schéma caractéristique, l'individu peut en venir à dissimuler, défendre ou dénier son "soi" ou son espace intérieur(Kestenberg,1965)

Ceci rejoint l'élaboration d'Alexandre Lowen (1975), reïchien de formation, qui met l'emphasis sur les concepts de tension musculaire ; il déclare qu'on ne peut accepter la proposition fondamentale selon laquelle tous les processus vitaux font intervenir l'énergie - le mouvement, la sensation, la pensée -, pour lui, ces processus en viendraient à s'arrêter si l'apport d'énergie à l'organisme était gravement interrompu et la quantité d'énergie dont on dispose de même que la manière dont on l'utilise déterminent la personnalité et s'y reflète

Lowen a déterminé cinq groupes fondamentaux de structures caractérielles de la personnalité. Chaque groupe est défini par un schéma de défense particulier, tant au niveau psychologique que musculaire - c'est-à-dire par la force des impulsions et des défenses érigées pour le contrôle de ces impulsions. Les propos de Leventhal (Schmais,1974), semblent confirmer ces affirmations en relatant une corrélation positive entre le type de flux énergétique d'un enfant et sa capacité à inhiber l'impulsion de même que différer, de façon appropriée, l'obtention de l'objet gratificateur. Les sujets atteints de dysfonction cérébrale minimale laissent apparaître un modèle énergétique distinct et une expression bloquée, le mouvement exprime habituellement un étroit éventail d'expression d'énergie, c'est comme si l'enfant s'était lui-même emprisonné, protégé par un mur de réponses motrices sécurisantes

B. - LA RESPIRATION

La respiration est définie comme faisant partie des exigences physiques et physiologiques de l'organisme humain. Elle revêt deux aspects :

- 1) les mouvements d'inspiration et d'expiration d'air dans les poumons, réalisés par les contractions du diaphragme et des muscles costaux font varier le volume de la cage thoracique, le rythme étant réglé par le centre respiratoire situé dans le bulbe rachidien,
- 2) les échanges réalisés au niveau des alvéoles pulmonaires entre l'air et le sang contribuent à l'oxygénation de ce dernier (Larousse, 1986), fournissant ainsi combustion (chaleur) et apport énergétique nécessaire au tonus musculaire (Lowen, 1976, p. 29-30)

Une expérience effectuée sur un groupe gériatrique en 1969 et rapportée par le Medical World News, a démontré qu'un accroissement d'alimentation en oxygène au cerveau entraînait une amélioration des fonctions intellectuelles et du caractère. "Tous ceux qui suivaient le traitement devenaient plus actifs, dormaient mieux et reprenaient leurs anciennes habitudes d'autonomie". Même si ces résultats ne doivent pas être généralisés, on nota que, dans certains cas, les effets avaient persisté après la cure (Lowen, 1976).

En temps normal, la respiration est une action rythmique involontaire placée sous le contrôle du système neurovégétatif. Elle peut être également influencée par le contrôle conscient, de sorte que l'on peut délibérément accroître ou diminuer son rythme et son intensité (Lowen, 1976). La mise en

mouvement tend à modifier momentanément la respiration (Delacroix, 1983), à plus forte raison les mouvements expressifs utilisés dans le but de mobiliser et libérer les impulsions et sentiments réprimés. Ces mouvements éveillent non seulement les sentiments, mais aussi stimulent la respiration, qui elle, provoque l'énergie nécessaire ou supplémentaire au mouvement. Les ondes associées aux mouvements respiratoires constituent les pulsations de base de l'organisme. C'est en parcourant le corps que ces ondes activent l'ensemble du système musculaire. Leur libre passage garantit la spontanéité de la motilité (Lowen, 1976).

La motilité apparaissant un concept éclairant dans la suite de cette recherche, il sera inclus dans la section sur "Le corps utilisé", une note explicative sur sa nature et sa place dans l'organisme.

C. - LE CORPS UTILISÉ

Avant de travailler comme thérapeute par l'art à l'hôpital Springfield, Christine Shirley (1983) intervenait auprès de vieillards, d'handicapés physiques et mentaux, d'accidentés physiques ainsi qu'en mésadaptation infantile. Dans un article intitulé "Art Therapy linked with movement", elle remarque que les enfants impliqués dans une activité créatrice spontanée semblent plus heureux de l'expérience mouvementale que de l'appréciation des résultats finaux. Elle constate que peindre ou sculpter enregistre la participation de plusieurs types de mouvements impliquant non seulement la ou les mains, le contrôle du bras et du poignet mais aussi l'expression de tout

le corps Shirley souligne que le sens du toucher est l'intermédiaire entre les sensations intérieures et la création (Shirley,1983)

Poussant ses recherches sur l'expérience du corps, Schilder (1970) a avancé qu'elle est basée sur les impressions tactiles et optiques. Le toucher est détaillé en spéculant que le continuel état de tension (indépendant de l'action) de la sphère organique force l'individu au contact continu avec son environnement par implication de toute la surface du corps. La peau étant facilement irritable, elle devient alors un organe irritant aux prises avec un continuum de sensations.

Le sens de la vue est également fortement stimulé. Développant sur le rapport de la peinture et des impressions que donne l'espace, Marion Milner (1976,p 36) rapporte

"En regardant un seul objet, le spectateur peut facilement décider "oui c'est une jolie forme" (ou une forme vilaine le cas échéant). En choisissant un autre objet, de même il peut décider "cela aussi a une jolie forme". Mais, ici se place l'épreuve de la vision artistique : en plaçant les deux objets ensemble dans un groupe, n'est-il pas également capable de décider si la composition est agréable ?"

Et Milner conclue "La perception visuelle, à un moment donné, de n'importe quel objet, est toujours déterminée par le hasard de l'endroit où l'on se trouve à ce moment-là, comme l'est l'aspect du visage d'une personne que l'angle accidentel de l'instantané saisit souvent avec des résultats tout à fait déformés. . . pour saisir leur essence, en peinture ou en pensée, vous devez nécessairement combiner tous les brefs et partiels aperçus en un tout significatif ". (Milner,1976,p 40)

De son côté, Schilder (1970) indique que l'oeil fait partie des

ouvertures du corps au moyen desquels nous entrons en contact étroit avec l'extérieur. Ces points sont identifiés comme points d'importance érotique et porteurs d'énergie particulière. Les yeux, comme organes réceptifs peuvent être considérés comme ouvertures symboliques par lesquelles le monde pénètre à l'intérieur de nous et que "pictures wander into our eyes from objects"(Schilder, 1970, p 125)

La tension et relaxation des muscles déplaçant le corps avec et contre la gravité, avec et contre les pulsions centrifuges, peuvent avoir une énorme influence. Dans cette perspective de l'utilisation du mouvement expressif, chaque changement dans l'attitude psychique provoquerait un changement dans l'ensemble de la situation dynamique. Les effets apparaissent perceptibles dans la tension musculaire comme une traction, un effort ou un relâchement. Avec l'expérience du mouvement traduisant par exemple la supplication, la méfiance ou la tristesse, prennent place les séquences spécifiques de l'état musculaire : la tension, reliée au sentiment de déploiement d'énergie, et la relaxation ou baisse de tension reliée à la sensation de perte d'énergie et de lourdeur dans les différentes parties du corps (Schilder, 1970)

Il est important de noter qu'une grande partie des découvertes est effectuée par les maines et que pour les autres parties du corps, les mains elles-mêmes font partie du monde extérieur. L'art plastique est un travail de matière : couleurs, colle, papier, craies, crayons, terre, pierre, etc. La thérapie par l'art possède cette dimension manipulateur de l'art : au-delà de l'unique visualité, elle permet un contact avec les éléments humides, collants, élastiques, etc (Schilder, 1970)

Mendez (1969, p 100) décrit ainsi une expérience d'art non figuratif

dans un institut médico-pédagogique

"Ils vont de la classique peinture à l'huile, de la gouache des encres de couleur, aux poudres pour préparer des couleurs, enduits, plâtre ciment sur une planche de bois, comme un enfant colle des objets, des pierres, des fils de fer, suivant un ordre indéterminé. Ensuite, l'un fait couler de la peinture, ajoute du plâtre qu'il modèle avec ses mains autour des objets qui se trouvent complètement couverts par cette matière, qui, à son tour est peinte à nouveau. Cette oeuvre prend sa vraie signification dans le temps, comme s'il s'agissait d'une série de tableaux. Ce contact avec la matière par le toucher devient presque un dialogue. L'objet, par exemple un morceau de bois, peut être par un autre poncé, troué, scié et peint pendant toute une séance d'une heure sans qu'il y ait une représentation figurative "

Christine Shirley (1983) rapporte, pour sa part, que les "formes tracées", sont gouvernées par notre structure anatomique, laquelle ne permet que certains mouvements. Elles influenceraient toute activité écrite ou dessinée de nos mains.

Toujours d'après les hypothèses de Schilder (1970), chaque sensation possède ainsi sa motilité, et la mémoire de toutes les expériences vécues est emmagasinée dans le corps, spécifiquement dans les systèmes musculaires (Siegel, 1986). Si on ajoute à cela la théorie selon laquelle il existerait une "tendency to persistence in psychology function and development", il devient très intéressant de remarquer que la tension produite temporairement par la régression éphémère incluse dans l'expression motrice est déchargée en douceur et sans anxiété (Siegel 1986, p. 261).

Note explicative sur la motilité Succinctement, la motilité est définie comme étant la faculté de se mouvoir (Larousse 1986). Les travaux de

Mittelman (1957) concernant les phases de la motilité infantile distinguent sept périodes parmi elles la phase de la motilité adaptative est elle-même subdivisée en trois catégories distinctes : manipulative, posturale et locomotrice. Elle est décrite comme représentant l'une des principales avenues développementales vers la maîtrise de soi, le test de réalité, la pulsion matrice et la relation objectale. Elle apparaît aussi ultérieurement importante en ce qu'elle contribue au développement de l'agressivité, de l'estime de soi, du concept de soi et non-soi.

Schilder (1970) détaille la motilité en l'estimant reliée aux besoins, tendances et désirs du flux d'énergie libidinale. Il suppose que chaque action posée par l'ego influence de façon considérable la structure de l'image corporelle, les sens influençant la motilité et la motilité influençant les sens. Siegel (1986) voit elle aussi la motilité branchée avec la maturation physique et spécule sur la diffusion de modèles spécifiques identifiables. Elle donne comme exemple l'obsession-compulsion qui est dite connaître ses origines dans la phase anale, démontrer des tensions corporelles générales particulièrement au niveau des fesses, du sphincter et de la rigidité de l'épine dorsale. La posture corporelle est souvent celle d'un enfant. La motilité étant donc comprise comme récepteur empreint des réactions de toutes les expériences passées et présentes, devient non seulement un indicateur privilégié des niveaux développementaux mais aussi expressive des conflits internes du sujet (Siegel, 1986).

La motilité est d'autre part, interprétée par A. Lowen (1976) comme se référant aux mouvements spontanés ou involontaires constituant la base des grandes unités de mouvements conscients. Elle se refléterait dans la vivacité d'expression, l'assurance gestuelle et dans la gamme des réactions affectives.

Elle est finalement considérée comme la base de la spontanéité et l'élément essentiel au plaisir comme à la puissance créatrice (Lowen 1976)

D. - LE RYTHME

Les activités rythmiques du corps se répartissent en trois catégories : les unes sont entièrement involontaires de tout contrôle (comme le rythme cardiaque, digestif, hormonal, éliminatoire, etc.) D'autres, comme la mastication, la respiration, le sommeil, sont semi-involontaires. La troisième catégorie composée des activités de mouvements tels le jeu, le travail, le chant, la danse, etc., est sous le contrôle direct du système volontaire. Contrairement aux deux autres catégories, cette dernière exige un degré élevé de coordination. Celle de la succion, par exemple, est innée. La coordination motrice et l'apprentissage seraient, graduellement, responsables d'exécutions rythmiques telles que la marche, la course, l'expression orale, le maniement d'outils et différents instruments (Lowen, 1976). Lowen associe l'expérience du contrôle rythmique au plaisir et serait déclencheur d'états agréables. La raison serait attribuée au Moi qui, en circonstances favorables, reconnaîtrait le plaisir procuré par la perception de l'écoulement rythmique de l'excitation à l'intérieur du corps.

L'art utilise l'une des interprétations du mot "rythme" pour "définir le pouvoir possédé par les lignes, les tons et les couleurs par leur ordre et leur agencement, de nous atteindre en quelque sorte comme le font les différentes notes et combinaisons de sons en musique" (Milner, 1976, p. 143). Pour sa part, Milner associe le rythme à une fonction picturale initiatrice d'un ordre, d'une organisation indépendante de la volonté. Dans un chapitre intitulé "Rythme et

liberté" , où il est traité de la méthode des dessins spontanés, elle l'identifie à une "force très puissante, très primitive" à un "profond besoin de notre existence", elle y discute de " la difficulté à devenir conscient des effets du rythme dans la peinture" et de "l'apparente exclusion mutuelle entre ce phénomène" et le "contrôle par l'effort consciemment voulu" (Milner,1976,p 146)

Milner poursuit "Permettre ainsi à un rythme de se développer dans le mouvement de la main, quand on dessine ou même dans l'esprit lorsqu'on regarde un tableau, semblait nécessiter de jeter aux quatre vents, temporairement, la domination de la volonté. ce qui impliquerait une sorte de plongée dont notre état de conscience ordinaire pourrait s'effrayer Et il pouvait être effrayé malgré l'expérience répétée du gain en bonheur et en liberté que peut nous apporter l'abandon au rythme des choses "(Milner,1976,p 148)

Milner conclue, dans un premier temps, que l'ordre créé par le rythme pictural est spontané, qu'il est essentiellement le résultat du "faire" des choses conçu "comme activité libre" Milner écrit que "dans l'activité créatrice on agit pour soi-même en essayant de trouver un ordre dans ce que l'on aime et ce que l'on hait" (1976,p 148) Elle conclue, dans un deuxième temps, que l'action comporte un certain choix que la volonté de la conscience intervient dans la mesure où elle assure le continuum du mouvement (le temps) et le maintien de l'attention nécessaire à la réalisation du choix dans le temps Elle interviendrait de même dans la planification du cadre (horaire, local,matériel,etc) à l'intérieur duquel les forces créatrices peuvent oeuvrer librement (Milner,1976,p 153)

II . LE MOUVEMENT CRÉATEUR COMME INTERMÉDIAIRE ENTRE "L'ESPACE PHYSIOLOGIQUE " ET "L'ESPACE PSYCHIQUE

Nous avons défini jusqu'ici les forces et les mécanismes à l'oeuvre dans le "faire" créateur. Nous avons vu que l'ensemble est interdépendant et solidaire autant de l'expérience vécue "au dehors" que de la réception et la perception intérieure, qu'il est, fondamentalement, de type psychophysiologique.

La question qui nous préoccupe maintenant est comment ces continuels va-et-vient "dehors-dedans", ""dedans-dehors" deviennent-ils incorporés et significatifs pour la personnalité, ou comment le geste créateur devient-il l'intermédiaire entre deux univers apparemment distincts et "donc propres à s'exclure mutuellement " (Naud,1979)

L'espace est succinctement défini par le Petit Larousse (1986) comme étant "l'étendue indéfinie qui contient et entoure tous les objets" "Or, la matière est un terme assez obscur en philosophie mais qui, revient sans cesse dans les contextes les plus divers" (Naud,1979) Naud implique la matière en ce qu'elle "est une notion-limite", ne contenant "aucune détermination", mais représentant cependant, "le point d'origine de toutes les formes" et aussi le champ "de possibilité infinies" Elle constitue "le lieu où jouent toutes les formes". En d'autres termes, la matière ne devient sensible à l'intelligible que par sa forme établie dans l'espace. Dans cette perspective, 'le mouvement imaginaire a pour tâche de la combiner (la distance entre le sujet et le champ) par la représentation imaginée" Naud détermine "les images" comme des "produits représentatifs, qui acquièrent leur spécificité grâce à leur insertion

dans un espace intérieur, dans un espace de jeu" (1979,p 95-113)

1. L'espace " en-dehors " physiologique

" Jamais nous ne percevrons le monde dans sa réalité. mais seulement le retentissement des forces physiques sur nos récepteurs sensoriels" (F P Kilpatrick,cité dans Hall,1971,p 61)

L'anthropologue américain Edward T Hall (1971) a divisé en deux catégories les récepteurs de l'appareil sensoriel conduisant à des perceptions très différentes de l'espace

1) L'espace à distance est assuré par les yeux, les oreilles et le nez. L'information visuelle est en général moins ambiguë et mieux centrée que l'information auditive. Les deux systèmes diffèrent considérablement non seulement par la quantité et la nature de l'information mais aussi par la quantité d'espace contrôlée de manière efficace Tous deux sont conditionnés par apprentissage culturel

L'appareil olfactif, répertorié comme étant sous-développé chez les Américains, contribue à la création d'uniformité, neutralité et monotonie des espaces Il affecte le fonctionnement de la mémoire dans la mesure où les odeurs ont le pouvoir d'évoquer des souvenirs plus profonds que les images et le son

2) L'espace immédiat est pour sa part, assuré par le toucher L'information reçue par les récepteurs à distance jouent un rôle si important dans la vie quotidienne que bien peu d'entre nous songeraient à considérer la

peau comme organe sensoriel majeur. En fait, "les expériences tactiles et visuelles de l'espace sont si intimement associées qu'il est impossible de les séparer", il suffit d'évoquer la façon qu'ont les enfants de saisir, tripoter et porter les objets à leur bouche et de songer aux années d'apprentissage nécessaire à la subordination du tactile au visuel. Le peintre Georges Braque aurait introduit à ce propos deux formes d'espace : l'espace "tactile" qui sépare l'observateur des objets et l'espace "visuel" qui sépare les objets les uns des autres. Soulignant la différence entre ces deux types d'espaces et leurs rapports avec "l'expérience globale" de l'espace, il indiquait que la perspective "scientifique" n'est qu'un trompe-l'oeil qui empêche l'artiste de rendre l'expérience de l'espace dans sa plénitude (Hall, 1971, p 83).

Michel Balint (1945) a, pour sa part, décrit deux mondes perceptifs différents : celui du toucher, plus accueillant et immédiat que celui de la vue, dans lequel l'espace est aussi accueillant, mais rempli d'objets dangereux aux réactions imprévisibles.

Certaines facultés perceptives (et informatives) de la peau, d'un niveau plus subtil, sont aussi couramment négligées (Hall, 1971). Hall déclare à cet égard que les propriétés des nerfs propriocepteurs, extérocepteurs et des modifications du flux sanguin traduisant les états émotifs contribuent également à la perception humaine de l'espace.

La suite logique de ce développement sur l'espace s'orienterait ainsi : "Les objets peuvent être vus, peuvent être touchés, cela peut être possible par le biais des représentations des sphères acoustiques, tactiles ou optiques, ou cela peut être possible par le transit des images" (Schilder, 1970, p 53). Cette dernière allusion définit l'espace et les objets qu'il contient en avançant que "L'image du corps est capable (la suite de la phrase est inversée), et de se

répandre dans l'espace, et de prendre en elle les objets" (Schilder, 1970, p 53)
C'est dire que le mouvement, dans son occupation de l'espace, s'est développé dans l'en-dehors, mais c'est dire aussi que l'on peut explorer l'espace comme espace dans l'en-dedans, "point de départ et d'aboutissement de l'espace environnant le corps" (Dussour, 1976)

Ces hypothèses octroient à l'espace un aspect complémentaire, intimement lié, mais différent de l'espace "en-dehors"; aussi, le tout apparaissant particulièrement pertinent quant au but de cette recherche, le prochain développement sur l'espace d' "en-dedans" a-t-il été conçu comme développement complémentaire, continu, mais différent

2 . L'espace "en-dedans" psychique

"L'ingéniosité des adaptations que révèlent l'anatomie, la physiologie et le comportement des animaux nous invite à croire que chacun d'eux a évolué de façon à s'adapter aux conditions de vie dans son petit coin du monde. Chaque animal habite également un monde subjectif privé qui n'est pas accessible à l'observation directe. Ce monde est constitué par une somme d'informations communiquées à l'animal de l'extérieur sous forme de messages enregistrés par ses organes sensoriels "

H W. Lissman (cité dans Hall, 1971, p 63)

Dans ce chapitre, a précédemment été mentionné le concept d'un plan du mouvement. On aura noté qu'il s'agissait d'une description partielle. Schilder ajoutait que dans ce plan, doit aussi figurer le but du mouvement; son

hypothèse s'appuie sur plusieurs principes généraux indiquant que l'action isolée des sens n'existe pas. Il constate que nous sommes constamment dirigés vers les objets, lesquels nous sont réfléchis avec leurs qualités optiques, tactiles et acoustiques. Ces qualités nous sont communiquées par perception bien sûr, mais Schilder formule que le champ sensoriel est accompagné de motilité spécifique et que le champ organique du mouvement ne peut survenir sans réflexion sur la conscience (Schilder, 1970).

Psychodynamiquement et cognitivement, la formation de l'image est comprise comme acquisition symbolique, appelée à croître de sa forme la plus simple à la plus complexe dans un processus de différenciation graduelle (Luongo et Robbins, 1986). Ces images ou idées, à l'instar des changements caractéristiques survenant dans la vie, se dissolvent, changent et se reconstruisent (Schilder, 1970). Dans leur sens le plus fondamental, elles sont aussi chargées de toutes les émotions, complexes, inhibitions, véhiculés par nos plus profonds besoins biologiques, psychologiques et spirituels (Luongo et Robbins, 1986). Ainsi caractérisées, les images deviennent "des produits représentatifs acquérant leur spécificité grâce à leur insertion dans un espace intérieur, dans un espace de jeu. Leur situation dans ce champ les définit d'ailleurs comme symboles" (Naud, 1979, p. 95-113).

Naud (1979, p. 95-113) définit donc "l'espace intérieur" comme représentant l'espace imaginaire. Celui-ci est conçu comme une "distance" où s'effectue "un immense travail d'interprétation" "consistant en grande partie à comprendre la relation de ce cosmos extérieur au cosmos proprement imaginaire situé dans un espace très différent", "par la déréalisation de l'espace, les lieux imaginaires peuvent être compris," comme "situés dans le trajet global de l'homme. Les objets perçus perdent leur caractère géométrique

et leur relation d'utilité, pour exprimer une signification plus fondamentale, celle d'être une possibilité pour l'esprit de se manifester. En cela consiste leur insertion (les images) dans l'espace imaginaire"

3 . Les réponses isomorphiques en thérapie par l'art

Les observations qu'on peut tirer de l'expérience des niveaux d'énergie et des messages corporels, couplés à l'expérience créatrice, qu'elle soit graphique ou modelée, rejoignent le principe d'isomorphisme. Celui-ci avance qu'une relation isomorphique est présente lorsqu'il existe une correspondance structurale entre la configuration d'un modèle-stimulus et la façon dont il est spontanément perçu. Dans le contexte des arts, ceci se définit par la similarité de structure entre un état intérieur, son expression extérieure et son report graphique (Cohen, 1983)

Les considérations théoriques de Cohen rapportent que l'activité kinesthésique tend à accroître l'expression des besoins fondamentaux . En mettant en relief les affects via l'expression motrice, elle contribuerait à la conscientisation des réactions de projection et de déni. Avec la transition effectuée au niveau perceptuel, les limites de l'ego s'articuleraient de façon similaire aux formes créées émergentes. La participation active au niveau corporel permettrait ainsi aux contenus affectifs et inconscients de faire surface (1983)

4 . La gestalt

L'apparence finale du processus entier décrit dans ce chapitre, c'est-à-dire le résultat de l'action et de l'activité intérieure, représente la gestalt de l'individu (Schilder,1970).

Parmi les approches ayant mis l'accent sur les relations actives entre les ensembles signifiants, se démarquent les théories gestaltiennes. Leur définition du mot "gestalt" renvoie au concept de configuration entre la structure et la forme prise (Perls,Hefferline et Goodman,1979). La gestalt implique l'idée d'un ensemble organisé, holistique, constituant un tout différent de la somme des parties. Cette conception holistique pose l'unité "organismique" à la fois au niveau du fonctionnement intra-organique et au niveau de la relation entre l'homme et son environnement (Schilder,1970).

Dans le cadre d'une série de textes "Le projet en psychothérapie par le corps et par l'image", Jean-Marie Robine écrit qu'il n'y aurait pas de différence de nature entre l'activité mentale et l'activité physique (1983).

L'ensemble de ces conclusions portent à notre attention que le mouvement physique de la création peut être considéré non seulement comme intermédiaire indispensable mais aussi privilégié puisqu'il porte toutes les expériences et significations s'échangeant entre la réalité extérieure et intérieure de l'être. Le mouvement créateur peut ainsi être considéré comme une gestalt agissante et extrêmement active (Robine,1983).

Ceci nous conduit à la question suivante : de quelle façon le travail, si sensible et sensitif, effectué par le sujet, agit-il ?

III . DE LA DIALECTIQUE PHYSIQUE/PSYCHIQUE

VUE COMME UN "AUTRE MOI"

1 La dialectique

Le terme "dialectique" possède, en philosophie, une résonnance autant logique que métaphysique. Le concept moderne de la dialectique réfère à l'élaboration de deux philosophes allemands, Friedrich Hegel et Karl Marx. La dialectique de Marx s'appliquant à l'économie politique, nous nous intéresserons davantage à la définition d'Hegel pour qui il s'agit d'un processus par lequel "reason is revealed through reality which is both rational and spiritual in nature". Mieux encore, Platon, philosophe grec ayant vécu au III^e ou IV^e siècle av J.-C., est cité pour avoir pré-conçu la dialectique comme questions et réponses, comme dialogue critique qu'un sujet peut entretenir avec son âme. Hegel a reconnu les "Parménides" de Platon comme un chef-d'œuvre du genre. Le mode de discussion de la dialectique s'articule par l'utilisation des points de vue opposés appelés "paradoxes" (Encyclopédie Académique Grôlier, 1987). Ces passages à travers les opposés sont considérés par Hegel comme menant à une phase plus avancée dans le développement d'une idée, concept ou autre (Encyclopedia of Philosophy, 1967).

2 . La dialectique du mouvement

Le mouvement lui-même a été soumis à la question dialectique. Dans le cadre d'une analyse relationnelle de J-P Sartre portant sur un contenu romanesque, Cumming (1979) nous le présente comme une relation confrontationnelle, il donne l'exemple d'un sujet exécutant des mouvements (obscènes) et, devenant conscient de lui-même en présence d'un Autre, ressent une émotion (honteuse et/ou humiliée). L'Autre est perçu "as having my being outside". Cumming fait alors allusion à la structure dialectique du mouvement qui consiste à se sentir psychologiquement "déplacé" "au-dehors" de soi, non pas par le mouvement lui-même, mais par l'action des deux forces opposées incluses dans le mouvement et déclenchées par la présence du "témoin" : le désir et la honte. Ainsi, l'objet désiré (l'organe sexuel féminin) devient "the rupture of the flesh this tension fissures" et crée une sorte d'incertitude "dialectique" questionnante (Cumming, 1979, p 189-191).

3 . La dialectique du dehors et du dedans

Dehors et dedans forment aussi une dialectique d'écartement, celle du oui et du non qui décide de tout. Les deux opposés forment une base d'images qui commandent toutes les pensées du positif et du négatif (Bachelard, 1983). Bachelard y réfère comme d'une géométrie implicite qui spacialiserait la pensée. "L'ouvert et le fermé sont des métaphores qui

s'attachent à tout"

L'auteur nuance cependant son discours en posant l'être et son "équivocité" ou son ambiguïté comme "a priori" et met en garde contre les privilèges de l'évidence qui appartiennent aux intentions géométriques, et contre les habitudes à "la réduction" L'image poétique est donc accueillie comme une "petite folie expérimentale", comme un "grain de haschisch virtuel sans l'aide duquel on ne peut entrer dans le règne de l'imagination" . Bachelard souligne que la "vue dit trop de choses à la fois", que "l'être ne se voit ni ne se dessine" (1983) Comme Schiller, il soutient que "dans sa complexité et sa mouvance, on n'est jamais sûr de le trouver ou de le retrouver solide en approchant d'un centre ", que " . parfois, c'est en étant hors de soi que l'être expérimente des consistances" Aussi, "entre le concret (de dedans) et le vaste (le dehors), l'opposition n'est pas franche", mais dans "sa rumeur insituable" , "l'être est tour à tour condensation qui se disperse en éclatant et dispersion qui reflue vers le centre " L'en-dehors et l'en-dedans sont tous deux perçus comme "intimes", étant "toujours prêts à se renverser, à échanger.." (Bachelard, 1983, p 190-200)

Le texte discursif de Bachelard poursuit "Alors à la surface de l'être, dans cette région où l'être veut se manifester et veut se cacher, les mouvements de fermeture et d'ouverture sont si nombreux, si souvent inversés, si souvent chargés aussi d'hésitation que nous pourrions conclure par cette formule "l'homme est l'être entr'ouvert"(Bachelard, 1983)

Et ici, Bachelard fait métaphoriquement allusion à ce que je considère représenter le processus du travail créateur, en évoquant la simple mention de la Porte Il la compare au " cosmos de l'Entr'ouvert"; elle "schématise deux possibilités fortes, qui classent nettement deux types de

rêveries . . . parfois, la voici bien fermée, verrouillée, cadenassee” C’est la fermeture “Parfois, la voici ouverte grande ouverte C’est l’ouverture Comme tout devient concret dans le monde d’une âme quand un objet, quand une simple porte vient donner les images de l’hésitation, de la tentation, du désir, de la sécurité, du libre accueil, du respect ! On dirait toute sa vie si l’on faisait le récit de toutes les portes qu’on a fermées, qu’on a ouvertes, de toutes les portes qu’on voudrait ouvrir” (Bachelard,1983,p 190-200)

4 . La dialectique du travail créateur

Dans leur article “Object Relations and Expressive Symbolism”, Eigen et Robbins (1986), mettent en relief que le Self identificatoire croît de par sa capacité à s’identifier, que cette capacité est d’ailleurs à l’origine du lien de l’être humain avec le cosmos La structure phénoménologique de cette capacité contiendrait, à la fois, la distance et l’union des éléments, aucun n’étant possible sans l’autre Une certaine structure ‘unité-duelle’ caractérise l’expérience humaine, autant dans ses réalités Soi-Autre que ses relations corps-esprit. Elle distingue aussi notre relation générale à la symbolique créatrice (Eigen et Robbins,1986,p 82-83)

Compris dans cette perspective les relations objectales et les symboles se reflètent, se stimulent, et prennent de l’extension Les actes créateurs traduits par expression symbolique peuvent résumer distiller ou transmettre les qualités de ces relations et vice-versa Symboles et relations objectales sont interdépendants et présentent dans le champ psychologique

des aspects co-pénétrants (Eigen et Robbins, 1986)

La nature à la fois condensée, concentrée et relativement limitée du travail (créatif) lui permettent de réfléchir et mettre en valeur les structures paradoxales (ex distance-rapprochement, présence-absence, délai-immédiateté, etc) qui caractérisent les relations objectales en général (Eigen et Robbins, 1986)

Les gestes du travail symbolique, comme organisateurs hautement chargés d'affinités et d'oppositions fluctuantes, rendent possible ces relations. La fonction-transistor des symboles facilite et redirige les multiples circuits polydimensionnels de la signification. Eigen et Robbins portent à notre attention que le travail symbolique se trouve d'ailleurs souvent à l'intersection d'une diversité de préoccupations et tensions pressantes, lesquelles contribuent, en partie, à définir la personnalité même du sujet (Eigen et Robbins, 1986)

5. Le rôle de l'image produite en thérapie par l'art

L'image produite en thérapie par l'art est spontanée, créative, geste imaginaire incluant signes, pensées, sentiments et sensations (Luongo et Robbins, 1986)

Edith Wallace (1987) a illustré par son approche active des images artistiques, comment ses patients en viennent à devenir témoins de ce qui se passe en session thérapeutique. Elle révèle comment cette participation active est ce qui fait parler la psyche en éclairant ce qui est caché et obscur.

Les tests projectifs utilisés en thérapie par l'art, comme le House-

Tree-Person de Buck, peuvent révéler la conception du monde d'un sujet, ses relations interpersonnelles et la formation de son image corporelle. La thérapie par l'art, Rosemary Gordon (1985) explique, pour sa part, que l'imagerie en thérapie par l'art nous aide à classer, abstraire, à relier les perceptions actuelles aux expériences passées, à tolérer la frustration et la recherche de satisfaction rapide. Finalement, Jung a déjà écrit que l'image symbolique est sa propre explication, que l'inconscient ne dissimule pas, qu'il n'y a que l'ego qui ait parfois besoin de se défendre contre la vérité (Edwards, 1987).

Replaçons maintenant l'image, telle que perçue par la thérapie par l'art, dans le contexte de sa forme produite par le travail créateur.

6. L'image, produit dialectique créé par le travail créateur

Dans la section "La dialectique du mouvement", était illustré un exemple de situation dialectique s'exerçant par 1) le rapport mouvemental sensuel du sujet à la matière, 2) par la subjectivité du sujet devenant consciente d'elle-même devant un Autre agissant à la façon d'un miroir "having my being outside", 3) par l'incertitude engendrant le processus dialectique.

Naud (1979) mentionne chez Platon une théorie de l'oeuvre d'art, imitation du réel. Sous-jacente à sa théorie est posée l'image importante du miroir, métaphore visuelle et perceptive, conception de la connaissance de Platon : connaître, c'est voir. Dans cette théorie, partant du principe qu'il y a "une hiérarchie des niveaux de voir auxquels correspondent différents degrés

d'objets visibles", l'artiste est décrit comme "voyant avec ses yeux ce qui possède une consistance sensible", et "avec son esprit, ce qui possède une consistance intelligible", il perçoit "un reflet", "une image qui imite le sensible". L'oeuvre créée devient ainsi une "illusion", une imitation de connivence "avec les éléments de l'âme humaine" (Naud, 1979, p. 95-113).

Dans un ouvrage portant sur l'esthétique, Hegel (1975) a mis en valeur que l'élément sensuel (de la peinture) est extension en surface et formation d'une image au moyen de couleurs particulières, dont la forme objectale est vue par nos yeux, transformée de son aspect réel en une pure apparence créée artistiquement par l'esprit (de l'artiste).

En thérapie par l'art, le travail effectué dans la matière est considéré comme objet méditatif reflétant les relations objectales (réf. chap. III, p. 98-99). En cela réside sa valeur inestimable (Eigen et Robbins, 1986). Les deux auteurs attribuent à l'image le statut d'"art-e-fact", 1) référant au sujet lui-même, 2) renfermant le pouvoir d'étonnement ontologique et de contemplation questionnante. Ainsi, l'image devient "signe de l'invisible", "l'en-dedans devient l'en-dehors" et questionne le sujet "sur la nature de l'être créant tel ou tel symbole vivant" (Eigen et Robbins, 1986).

7 La dialectique du travail créateur vue comme un "autre moi"

Dans sa monographie "L'inconscient et la peinture" qui porte sur les processus et la nature des dessins spontanés, Marion Milner (1976, p. 69) s'est questionnée en profondeur sur non seulement l'action de peindre, mais aussi

sur l'identification de "l'action dans sa nature" Elle cite "Chacun a deux corps, le corps réel et le corps imaginaire", elle endosse cette identité, et nomme l'entité à l'oeuvre "cet autre moi aventureux", semblant "relié de quelque façon à la transfiguration de l'objet en ceci que sa qualité essentielle était précisément le sens de l'extension de l'espace" Tentant de le différencier de "l'étoffe de nos rêves", elle le décrit comme étant "plutôt quelque chose" possédant un caractère "primitif, enfantin et véhément" Cet "autre moi" ou "corps imaginaire" chevauche la "structure d'unité-duelle" d'Eigen et Robbins, la "connaissance tacite" de Polanyi et le "corps-sujet" de Merleau-Ponty (Eigen et Robbins, 1986, p 86)

Par sa pure apparence, nous avons vu que l'art témoigne d'un "autre moi", d'un "autre corps" actif Il peut arriver que l'"illusion" engendrée veuille imposer sa pénétration dans le Réel, veuille se précipiter vers un "authentique" self et provoquer une nouvelle réalité (Eigen et Robbins, 1986, p.85-87)

Evoquant ce même processus de communication et formation entre l'extérieur et l'intérieur, Schilder (1970) ponctue en déclarant que rien n'est automatique, qu'il y a l'influence des émotions, les tendances actives du jeu, les motifs instinctuels de destruction et reconstruction, la tendance vers la cristallisation et la restriction, etc, que chaque détail contribue à une oscillation constante entre la contraction et l'expansion du corps vers l'extérieur (Schilder, 1970)

Nous avons vu que la nature de "l'autre moi" est formée autant par les caractéristiques de "l'action" créatrice que par celles de la "forme objectale" créée, le tout contribuant à questionner le sujet, selon le mode dialectique, sur la nature de l'être créant tel ou tel symbole vivant

Ceci nous pose une dernière question en quoi résultent les agissements de "l'autre moi", de quelle façon en perçoit-on les effets ?

IV . LE POUVOIR DE TRANSFORMATION de l' "AUTRE MOI"

L'une des interprétations des capacités de transformation du travail de l'art nous vient de Freud pour qui la création de l'art signifierait 1) une réconciliation du principe de plaisir et du principe de réalité, par 2) une tentative de satisfaire un désir (supprimé ou réprimé) La joie procurée par l'aspect esthétique (dissimulant la gratification instinctuelle) résulterait en une baisse de tension (issue du conflit) (Halsey, 1980)

Lachman-Chapin mentionne que Kohut, comme Winnicott, croient que "faire", créer un produit artistique soulage des tensions et souffrances en les exprimant, les "déchargeant" physiquement et les transformant en un mécanisme auto-régulateur. Kohut ajouterait à cela un mécanisme parallèle de reconstruction des forces de l'ego . "Art can be used as a form of exhibition, as a way to create, to be magic, to be understood, admired, affirmed"(cité dans Miller, 1989, p. 114).

Eigen et Robbins (1986) parlent de l'expérience créatrice en contexte thérapeutique comme d'une quête pour la totalité comportant 1) la découverte, reconnaissance et compréhension de ce qui constitue les frontières entre soi et l'objet. 2) la transcendance de l'indéfénissable, 3) le mouvement du non-cognitif (sensation, perception et imagerie) en cognitif (mots et réalité), 4) la réparation, union et individuation des mémoires et expériences reliées au système sensori-moteur.

Une dernière observation concernant le pouvoir de transformation

de l'"autre moi" c'est par la relation thérapeutique qu'une thérapie commence, se développe, mature et se termine (Wadeson,1979)

La réceptivité du thérapeute aux indices sensitifs peut faciliter l'émergence du matériel transférentiel de nature pré-verbale , les caractéristiques tactiles, visuelles, respiratoires ou autres d'une personne, possèdent souvent une qualité magnétique ayant la propriété de capturer l'essence des significations profondes et/ou terreurs indescriptibles (Eigen et Robbins,1986)

Ainsi, le thérapeute ne se limite pas à la communication linéaire et directe mais tend à traverser la genèse des expériences imprimées vers une évolution et une croissance où, d'après Schilder (1970) ,on devrait penser à une activité continuelle faite de tentatives et aux tendances de l'énergie constructive de la vie. La croissance devient alors une "gestalten" (Schilder,1970)

.

Dans ce chapitre, nous avons vu en premier lieu que dans le geste créateur, l'expérience corporelle "extérieure" s'allie de façon interdépendante et solidaire à la réception et perception intérieure, conférant au mécanisme un caractère psychophysiologique possédant une qualité de communication. Nous avons vu en deuxième lieu que cette communication passe dans l'image produite, laquelle devenue signe et symbole d'une totalité. agit en terme

dialectique, comme un "autre moi" interrogateur, objectivateur, classificateur et médiateur apte à produire des effets de décharge, de compréhension, réparation, de réconciliation, de reconstruction et de satisfaction en un mot, de transformation

La conclusion qui suit tend à mettre en relation le fonctionnement du travail créateur comme signe conjugué du corps et de l'esprit dans le cas de Mme O. Elle trace les avantages et limites de son utilisation, les conditions présidant à son application à d'autres cas d'hyperemesis, les aspects devenus apparents en cours de recherche. Ce dernier point débouche sur des suggestions pour de futures recherches

CONCLUSION

En premier lieu, nous avons observé en détail comment la dynamique de Mme O a réagi à l'intervention du travail créateur tel qu'utilisé en thérapie par l'art

En deuxième lieu, nous avons établi un parallèle : nous avons, d'une part, examiné la somatisation selon non seulement son point de vue psychologique et physiologique mais aussi selon l'angle de la communication symbolique susceptible de s'exprimer par ses manifestations. Nous avons, d'autre part, mis en valeur le caractère symbolique inclus dans le fonctionnement psychophysiologique du travail créateur de la thérapie par l'art

En dernier lieu, nous avons dégagé les qualités du travail créateur comme intermédiaire entre la psyche et le corps; nous avons aussi dégagé son pouvoir de transformation médiatisé par son mécanisme dialectique.

Dans l'immédiat, cette mise en relation semble mettre en lumière que

- les symptômes de l'hyperemesis présentent une signification symbolique où le corps -l'en-dehors- véhiculerait un contenu psychique - l'en-dedans- refoulé,

- le travail créateur constitue un outil d'intervention où la dialectique du corps à l'oeuvre crée un produit tangible, l'image, où par l'en-dehors, l'en-dedans est véhiculé et rendu visible.

De plus, et ce n'est pas là la moindre de ses qualités, le mouvement physique de la création paraît aussi porteur de toutes les expériences et

significations s'échangeant entre la réalité extérieure et intérieure de l'être (réf chap III, p 112)

Dans le cas de Mme O , la réduction des tensions, l'aération de la configuration statique dans laquelle se trouvaient piégés les symptômes d'hyperemesis, le questionnement induit et finalement l'accession et la révélation du secret survenus la veille de la dernière régression des symptômes, nous porte à conclure sur le rôle convaincant qu'a pu jouer le travail créateur de la thérapie par l'art

On doit cependant conserver à l'esprit que Mme O était déjà l'objet d'attention de la part de l'équipe multidisciplinaire du département (réf.chap I,p.22). De sorte que les résultats de l'intervention à laquelle s'est greffée la thérapie par l'art, constituent le fruit d'une coopération. En ce sens, les ajustements du plan d'intervention étaient conjointement planifiés afin de suivre en souplesse les divers mouvements évolutifs et contre-évolutifs des symptômes(Marty,1985).

Le réglage thérapeutique visait, d'une part, à briser l'automatisme itérative des symptômes de Mme O -médecine et soins infirmiers- , à doser et procéder à une éducation sur le plan alimentaire -diététique- Il visait, d'autre part, à saisir la problématique intra-psychique, à mettre à jour des ouvertures d'intervention et assumer le suivi thérapeutique - thérapie par l'art - Il visait finalement à évaluer, assurer et modifier les habitudes sociales pathogènes de la patiente en rapport avec son milieu familial -travail social-

Plusieurs recherches sur le phénomène psychosomatique ont considéré que le patient qui somatise présente des capacités limitées d'expression de ses besoins émotionnels (Ford,1983, Haynal et Pasini,1984, Marty, 1985). Marty ajoute que l'aspect alexithymique des patients implique des

considérations thérapeutiques. Il rapporte qu'il convient de se méfier de leur aptitude à interioriser et retenir les objets significatifs. Krystal (1986) a d'ailleurs observé que le concept d'alexithymie a probablement constitué l'un des principaux facteurs de diminution du succès dans l'utilisation de la psychanalyse et des thérapies psychodynamiques (Taylor, 1984). Marty souligne cependant que la caractéristique concerne moins les bénéfices immédiats tirés par le patient de sa relation transférentielle, que de la qualité et du niveau des bénéfices retenus de cette relation (1985).

Quoi qu'il en soit, et ce, malgré un handicap mouvemental, on observe chez Mme O. un choix d'images pauvre en nombre mais riche en signification pour elle. Mis à part le contenu verbal plus consistant de la session d'évaluation, celui de la 1^o session et du 3^o entretien, tous les échanges verbaux se sont révélés eux aussi passablement pauvres en contenus, mais combien révélateurs de sa progression. C'est ici qu'on peut présumer qu'à l'instar du langage, les symboles de l'art aient suppléé dans l'identification des perceptions et des expériences vécues. Selon les hypothèses de Marty (1985) sur la symptomatologie des conversions hystériques, l'enchaînement réactionnel de Mme O. permet de comprendre que la remise à jour de la représentation refoulée à l'aide des mécanismes dialectiques du travail créateur ait été suffisante. En effet, Marty prétend que dans ces cas -et ce, malgré la présence des structures alexithymiques-, cette forme thérapeutique -l'élaboration mentale conduisant à la représentation refoulée- est suffisante pour faire disparaître les symptômes. Marty ajoute que l'effet peut parfois être immédiat (1985).

La sobriété générale des échanges survenues en cours de thérapie nous conduit à évoquer le type d'alliance thérapeutique qui s'est établie. Il

convient de préciser ici que l'intervention en domaine psychosomatique se rapporte la plupart du temps à des fonctionnements, des interactions et/ou des comportements (Kramer,1979,Marty,1985) Nous sommes donc loin des interprétations psychanalytiques où prend place le phénomène du transfert et du contre-transfert classique (Kramer,1979)

Nous le savons, les fixations de Mme O concernaient les zones fonctionnelles liées à la sexualité infantile (réf chap I,p 28-29,p 38) On peut alors concevoir que la fonction thérapeutique ait dû négocier une approche indirecte (Ammon,1979), sans intervention brutale risquant de provoquer l'inconscient à vif de la malade (Marty,1985)

Mme O. était positionnée en situation passive vis-à-vis sa mère En encourageant son état maladif et son avortement oral, la mère supprimait les efforts vers l'autonomie Les plaintes enfantines de Mme O , ses attitudes qui l'étaient tout autant, son impuissance face à une grossesse qui constituait une injure narcissique à son état d'incomplétude, sa grossesse même, ont été approchés avec une sollicitude amicale, mais empreinte de réserve La première préoccupation était de supporter la patiente, l'entendre, consentir ouvertement sans approuver, l'accompagner par la présence en mettant à jour, symboliquement et verbalement, l'ensemble de ce qu'elle était et vivait

L'expérience, sous plus d'un rapport, a parfois évoqué la fonction maternelle s'adressant à une enfant en détresse Groddeck a très bien décrit cet aspect de l'intervention en domaine psychosomatique, pour Groddeck, la mère réside au coeur de la maladie tomber malade correspond à un auto-châtiment, une dette à payer, une faute à expier pour la culpabilité entretenue envers la mère C'est ainsi qu'est née l'équation de l'intervenant-mère avec qui le malade est autorisé à recourir à la parole plutôt qu'au corps pour exprimer le

conflit interdit (Chemouni, 1984)

Les éveils de Mme O ont cependant contribué à modifier la vigilance thérapeutique, les commentaires ont d'abord montré un réfléchissement puis une conscience propre cherchant à stimuler au maximum celle de Mme O vers la trouvaille de nouvelles issues. Nous connaissons la nature de la trouvaille du secret de Mme O et l'influence de la révélation sur les symptômes.

Compte tenu des origines ethniques de la malade - nous toucherons ce point un peu plus loin, dans "Les aspects devenus apparents en cours de recherche" - et des perspectives sociales qu'une grossesse entraîne, il nous est permis de croire que la quête de Mme O, déployée au moyen du travail créateur ait contribué à l'entraînement, d'une part, de la réorganisation fonctionnelle et d'autre part, du développement de nouvelles méthodes de négociation avec le stress de sa situation.

AVANTAGES ET LIMITATIONS

Comme nous l'avons vu dans le Chapitre Un, les traitements psychothérapeutiques appliqués à l'hyperemesis sont évalués cas par cas. S'ils sont prescrits, ils ne figurent que lorsque le problème d'origine psychologique l'emporte sur les limites de l'intervention médicale.

Le premier et grand avantage du processus du travail créateur s'adresse au processus psychosomatique de l'hyperemesis. Comme nous l'avons élaboré dans cette thèse et mis en relief au début de cette conclusion, il est apparu que les qualités parallèles psychophysiologiques du travail créateur

en faisaient un outil d'intervention particulièrement privilégié

Un deuxième avantage s'adresse à l'un des rôles de la somatisation, celui pouvant servir le besoin de rationaliser la réalité, ou d'en percevoir l'insuffisance, ou la mésadaptation (Ford,1983) L'un des attributs du travail créateur réside dans la production d'un objet tangible Harriet Wadeson (1979) appelle le processus d'objectivation celui par lequel l'objet produit permet au sujet la reconnaissance de l'existence d'interactions, de situations et d'émotions qui font partie de son problème

Le troisième avantage est relié au deuxième Il a trait à la permanence de l'image créée Souvent, de nouveaux niveaux de conscience peuvent se développer L'avantage évident est que l'image n'est pas sujette aux distorsions de mémoire (Wadeson,1979)

Sur ces deux points, nous avons vu comment le travail de Mme O sur les collages et le dessin, leur résultat visible, permanent, avaient été objet de réflexion, de méditation sur l'objet lui-même, et avaient finalement contribué à mettre Mme O sur la piste des éléments déterminants de son problème

Quoique plusieurs auteurs diffèrent de point de vue en ce qui concerne l'aptitude "intentionnelle" des patients somatiques (Miller, 1989), il apparaît que le travail créateur s'applique de façon multiple (Wadeson,1979) en tenant compte de la motivation du patient souvent orientée, à cause de la souffrance due aux symptômes, vers la réalité (Ford,1983) Les possibilités n'apparaîtraient en fait limitées que par l'approche du thérapeute et sa compréhension du phénomène alexithymique (Miller, 1989)

Les véritables limitations du processus du travail créateur en matière de somatisation sont nombreuses, car dans tous les cas, y compris l'hyperemesis, il est entendu que l'indication de même que le choix de la forme

la mieux adaptée de psychothérapie dépend de nombreux facteurs (Haynal et Pasini, 1984)

La première limitation concerne le niveau de formation du médecin traitant, ainsi que dans plusieurs cas du temps dont il dispose (Haynal et Pasini 1984)

La deuxième doit tenir largement compte des désirs du ou de la patiente, de ses capacités psychologiques incluant le degré de somatisation et ses capacités d'introspection. Encore plus que le diagnostic nosologique, il apparaît en effet essentiel tenir compte de la motivation du malade, de son souhait de recherche quant à la racine de son bouleversement psychologique, de sa détermination à entrer en contact avec le thérapeute et se remettre en question (Haynal et Pasini, 1984)

Ce dernier point nous amène à la limitation possible constituée par le contexte socio-culturel étranger du ou de la patiente. Cet aspect est en effet susceptible d'occasionner un manque de contact avec le thérapeute (réf chap I, p 22) ou encore d'induire une mésinterprétation des contenus symboliques due tout simplement à l'ignorance des coutumes et symboles significatifs pour une ethnie donnée

Compte tenu de ces restrictions générales, on peut avancer que les seules véritables limites du travail créateur tiennent en premier lieu à son essence, c'est-à-dire aux capacités du sujet à réagir au processus du travail créateur, elles tiennent en deuxième lieu à la mobilité physique minimale du ou de la patiente, laquelle sera restreinte selon le type ou le degré de somatisation

Dû à la place qu'occupe le symptôme dans le réglage de l'économie inconsciente et dynamique de l'individu, et à l'aggravation que peut

occasionner la modification d'une fixation, Marty recommande une évaluation serrée de la problématique et le cas échéant, d'abandonner la visée des objectifs thérapeutiques (1985)

Ce dernier point nous introduit à l'interrogation suivante comment pourrait-on, dans le cas de Mme O , relier compréhension et application aux différentes théories proposées dans le Chapitre Deux - celles de Freud, Winnicott et de Marty -

Il est remarquable de noter que les quatre théories placent la formation du symptôme dans le cadre de la croissance et du développement de l'individu . Freud rend responsable de la pathologie la fixation infantile de la libido , son manque de plasticité lié à son incapacité d'endurer la privation devant le refus du Moi envers sa recherche de satisfaction immédiate et limitée (réf chap II,p 72) , le modèle kleinien s'intéresse au stade indifférencié de la petite enfance où toute communication peut porter sur un affect autant que sur un sentiment physique (réf chap II,p 75) , Winnicott met en relief l'édification précoce d'un continuum psyche-soma où la relation avec des objets subjectifs et la protection maternelle du moi psychique et corporel (réf chap II p 77,78,79) jouent un rôle capital , le modèle spécifique de Marty, s'apparente au modèle freudien en ce que pour lui aussi, la naissance du symptôme s'organise autour d'un phénomène de fixation-régression survenu au cours de la croissance Mais l'originalité de sa théorie se démarque par l'articulation d'un système successif et hiérarchisé d'organisations, désorganisations et réorganisations fonctionnelles régies par l'action des "Instincts de Vie et de Mort" L'apparition du symptôme est due à un événement traumatisant venant entraver l'organisation la plus évoluée (réf chap II,p 79 et 82)

Nous avons reconnu plus tôt que les fixations de Mme O

concernaient les zones fonctionnelles liées à la sexualité infantile (réf chap I, p 28,29,38, conclusion, p 137) Ces aspects permettent de reconnaître certaines correspondances , autant

1) dans le cadre théorique freudien concernant le conflit entre les besoins libidinaux de Mme O - signifiés par la relation symbiotique avec la figure maternelle et, par extension, avec la famille (réf chap I, p 47) - et les exigences du Moi - véhiculés par les fonctions normales de la grossesse (réf chap I, p 10 et 12) - ,

2) que dans le modèle de Winnicott où le continuum de vie de Mme O s'est trouvé jalonné par l'angoisse de grossesse, angoisse culturelle, collective, transmise par l'image maternelle (réf chap I, p.36,45,46),

3) que dans celui de Marty, où la fixation-régression de Mme O a servi de répétition à un stade précoce de vie, érotisé, riche d'un programme inconscient (réf chap. I, p 32, chap II, p 89), marquant ainsi la reprise du tonus des Instincts de Vie (réf chap I, p.39) et servant de point de départ vers son stade le plus évolué(réf chap I, p 48)

Après investigations supplémentaires, il serait aussi possible, même si les spéculations apparaissent éparses et incomplètes (réf chap II, p 74 et 75), de constituer une application du cadre théorique kleinien

Quoi qu'il en soit, et comme nous l'avons mis en relief au cours du Chapitre Deux, un symptôme psychosomatique - et celui de Mme O - apparaît découler d'un enchaînement multifactoriel complexe

Mme O s'est montrée pour sa part réceptrice au travail créateur de la thérapie par l'art A cet effet, la dialectique occasionnée a paru produire des effets observables Mais, étant donné la complexité de chaque cas, les besoins et objectifs sont très soigneusement évalués , ceux d'une psychothérapie aussi

De sorte que nous pouvons apprécier les effets de l'intervention au moyen du travail créateur dans le cas de Mme O , mais qu'il serait difficile d'en généraliser l'application à d'autres cas de grossesse diagnostiqués hyperemesis gravidarum

ASPECTS DEVENUS APPARENTS EN COURS DE RECHERCHE

La recherche a suscité l'apparence de trois aspects non anticipés : la dimension culturelle du cas de Mme O , la définition et l'étendue du rôle de la motilité et les traits alexithymiques de la somatisation

La compréhension des processus de la sexualité féminine et de la grossesse qui y est liée peut, à l'intérieur du champ théorique, se réduire à une question individuelle. Mais elle s'enrichit par la connaissance du fond culturel et de l'économie sous-jacente à ce champ (Irigaray, 1974, 1977), car chaque civilisation s'approprie la grossesse selon ses croyances, ses rituels et ses valeurs spécifiques (Deutsch, 1945)

Malgré cet aspect très important, il reste que les dimensions psychologiques et les tâches de chaque trimestre de la grossesse ont un caractère universel indéniable. Le milieu socio-culturel ne fait qu'offrir sa traduction, ce qui contribue soit à minimiser, modérer ou accentuer l'expression de leurs manifestations caractéristiques (Argant-LeClair et Clerk, 1990)

En ce sens, une étude comparative récemment parue , portant sur l'empreinte des valeurs culturelles présidant au vécu des femmes enceintes québécoises et antillaises a contribué à clarifier considérablement la nature du véritable choix social qu'imposait la grossesse à Mme O Du coup, l'immaturité, la relation fusionnelle avec la mère, l'ambivalence et la nature de la fixation-régression ont bénéficié , dans ce cas, d'une compréhension appréciable

Etre conscient de ces particularités accroît non seulement les chances d'une intervention éclairée mais conduit aussi au respect de la singularité, la diversité et spécificité d'une grossesse donnée

Le second aspect concerne la découverte des contenus mnésiques de la motilité La définition du concept le situant à la fois comme récepteur et expression de toutes les expériences passées et présentes, a constitué une découverte, elle a contribué à l'approfondissement des mécanismes physiologiques du travail créateur, à l'élargissement de ses points de rapprochement avec les manifestations psychosomatiques et à la compréhension de ses véritables portées dans le fonctionnement de l'organisme entier et total Il est possible de considérer que l'un des liens pouvant permettre à la thérapie par l'art d'agir dans le processus psychosomatique, réside dans le concept de la motilité.

Le dernier aspect est lié aux traits alexithymiques de la somatisation, la constatation que ces traits soient acceptés comme généralisés à l'ensemble de la somatisation semble exclure à première vue l'application de la thérapie par l'art à toute forme de somatisation Les arguments figurant à cet égard dans cette conclusion nous inclinent à poursuivre les investigations sur ce point précis

SUGGESTIONS POUR DE FUTURES RECHERCHES

Nous avons vu que plusieurs psychosomaticiens font au concept alexithymique une place importante et participatrice sur le plan de l'organisation du fonctionnement somatique, des perspectives théoriques et implications thérapeutiques. Malgré des considérations issues d'un point de vue social ou interpersonnel, plusieurs questions se posent. Dans le cadre du rôle accordé à l'alexithymie en matière d'économie psychosomatique, comment les principes de la thérapie par l'art peuvent-ils vraiment s'appliquer ? Sous quel angle ? Et dans quelles conditions ?

L'inclusion de la motilité dans le mouvement du travail créateur de la thérapie par l'art apparaît lui décerner une place de choix dans son application. Dans cette perspective, la thérapie par l'art distingue-t-elle de façon spécifique l'usage qu'elle en fait ? La différencie-t-elle, par exemple, de l'usage qu'en fait la thérapie par la danse et le mouvement ?

L'avenir qui découlera des connaissances ainsi acquises ne peut que s'avérer bénéfique pour une application élargie et éclairée du travail créateur de la thérapie par l'art en domaine psychosomatique et suppléer à l'intuition immédiate qui doit souvent combler à l'absence d'une connaissance profonde.

RÉFÉRENCES

- Ammon , G , Psychoanalysis and Psychosomatics , Springer Publishing Co.Inc
N Y , 1979
- Argant - LeClair, M -C. et Clerk, G , Vécu culturel des primipares nord-
américaines et antillaises, dans P R I S M E, Vol.I, no.2 69-84, 1990
- Bachelard, G , La Poétique de l'espace , Ed. Quadrige/P U.F., Paris,p 190-200,
1983
- Balint, M , Friendly Expanses, Horrid Empty Spaces, dans International
Journal of Psychoanalysis .1945.
- Bassin, D , Lyshak, F et Robbins, A , The creative act as a mean of overcoming
resistance in treatment, dans Expressive therapy ,
Ed H S P ,N.Y ,43-58 ,1986.
- Benedek, T , The psychosomatic Implications of the Primary Unit Mother-child,
dans American Journal of Orthopsychiatry , 19 642-654, 1949.
- Benedek,T , Parenthood as a developmental phase, dans Journal of the Ameri-
can Psychoanalytic Association , 19, 642-654,1959
- Benedek,T , The organisation of reproductive drive, dans The International
Journal of Psychoanalytic Association, 7, 389-417,1960.
- Benedek, T ,The psychobiology of pregnancy , dans Parenthood: its psychology
and psychopathplogy , 1970.
- Benedek,T ,Psychological aspects of mothering, dans Psychoanalytic Investi-
tions selected papers, N Y., Time Book, 1973.
- Beres, D , Symbol and Object, dans Menninger Clinic Bulletin , 29, Janvier
1965
- Bibring,G , Some considerations of the psychological processes in pregnancy,
dans The Psychoanalytic Study of the Child, 14, 113-121, 1959

- Bibring, G. Considerations on the Psychological Processes in Pregnancy, dans Psychoanalytic Study of the Child, 14 113-121, 1961
- Bléandonu, G., L'école de mélanie Klein, Ed Paidos/Le Centurion, Paris, 1985
- Brown, J J et Austreih, A., Expressive Therapy, Human Sciences Press, N Y, 1986
- Chemouni, J., Georg Groddeck, psychanalyste de l'imaginaire, Ed Payot, Paris, 1984
- Chertok, L et al., Motherhood and Personality, Philadelphia, Lippincott, 1969
- Chevalier, J et Gheerbrant, A., Le Dictionnaire des Symboles Ed Laffont/Jupiter, 1982
- Cohen, B.M., Combined Art and Movement Therapy Group Isomorphic Responses, dans The Arts in Psychotherapy, Vol 10, 1983
- Colman, A D et Colman, L.L., Pregnancy The Psychological Experience, Herderand Herder Inc, 43-50, 1971
- Colman, A D. et Colman, L L., La grossesse, dans Expériences Psychologiques, Ed Laffont, Paris, 1973
- Cumming, R D., Starting Point - An Introduction to the Dialectic of Existence, Ed. Univ. Chicago Press, Chicago, 189-191, 1979
- Delacroix, J -M., Gestalt, Introjection et psychose, dans Annales de Psychothérapie : Le Projet en Psychothérapie par le corps et par l'image, Ed ESF, 41-57, 1983
- Diel, P., Psychologie de la motivation, théorie et application thérapeutique, Ed P B P, Paris, 1969
- Deutsch, H., The psychology of women in relation to the function of reproduction, Ed. Flies R, 1925.
- Deutsch, H., Maternité et Sexualité, dans La Psychanalyse des Névroses et autres essais, Ed Payot, Paris, 1933
- Deutsch, H., Psychology of Women, Ed Grune and Stratton, N Y, 1945
- Dictionnaire de la Psychanalyse, Ed Larousse, 1974

Dictionnaire Petit Larousse , Ed franç , Paris, 1986

Direction Générale du Développement Pédagogique, Gouv du Qué , Minist de l'Educ , Document de travail Projet de programme en Arts Plastiques au Second , version prélim , fév 1980

Dolto, Fr , L'image inconsciente du corps, Ed du Seuil, Paris, 1984

Dussour, F , Un pas dans la relation la danse-thérapie , thèse de médecine, Fac Bichat-Beaunion, Paris, 1976

Edwards, M , Jungian analytic art therapy, dans Approaches to art therapy Theory and Technique, Ed J.A. Rubin, Brunner/Mazel Inc., N.Y., 1987

Eigen, M , et Robbins, A , Object Relations and Expressive Symbolism, dans Expressive Therapy , Ed H S P , N.Y ,82-87, 1986

Encyclopédie Académique Grôlier , Ed Grôlier International, 1987

Encyclopedia of Philosophy, Ed Macmillan Co and The Free Press, N.Y , 1967

Erickson, E H , Growth and crisis of the healthy personality, dans Personality in nature, society and culture, Ed C. Kluckhohn, H A Murray, D Schneider, N.Y :Knopf, 1950

Erickson, E H , Identity and the Life Cycles, dans Selected Papers of Psychological Issues, 1, 1-171, 1959

Engel, G L , The need for a new model a challenge for biomedecine, Science , 196, 129, 1977

Fairbairn, W H D , An object relations theory of personality , Basic Books, N.Y , 1954

Fairweather, D V I , Nausea and Vomiting during Pregnancy, dans American Journal of Obstetric and Gynecology , 91-135, 1968

Fisher, Seymour and Cleveland, Body Image and Personality, N.Y , Dover, 1968

Freud, S . (1900) The Interpretations of Dreams, Hogarth Press, London, 1953

Freud, A , Le normal et le Pathologique chez l'enfant , Ed. Gallimard, Paris,

1968

- Freud, S , Inhibition, symptôme et angoisse, Ed P U F , Paris, 1981
- Ford, Ch V , The somatizing Disorders - Illness as a way of life, Ed Elsevier, Sc Publ.Co , N Y , 1983
- Gagné, H , Documents inédits rédigés pour le secteur des arts de la Dir Gén du Développ Pédagog. (D G D P) M de l'Educ , Gouv du Qué , 1979
- Gordon,R , Imagination as mediator between inner and outer reality, dans Arts in Psychotherapy, Ankho Intl , U S A ,11-15, 1985
- Greenacre,P., (1950) Special problems of early female sexual development, dans Trauma, Growth and Personality, International Universities Press, N Y ,237-257,1952
- Hall, E T , La dimension cachée, Ed du Seuil, N Y , 1971
- Halsey, B., Freud . on the Nature of Art, dans Art Therapy Viewpoints, par E Ulman et C A Levy, Ed Schocken, 1980
- Hammer, E , The clinical application of projective drawings, Charles C Thomas Publisher, Springfield, Ill., U S A , 1980
- Hartmann, H , Notes on the theory of Sublimation, dans Ruth S Eissler, Vol X, 1955.
- Haynal, A et Pasini, W., Abrégé de Médecine Psychosomatique , 2^e ed , Masson, Paris, 1984
- Hegel,G W F.,Aesthetics,Lectures on Fine Art, Clarendon Press, Oxford,1975
- Henker, F O., Psychotherapy in treating vomiting during pregnancy, dans Southern Medical Journal, Vol 69, no 12 1585-1587, 1976
- Horney,K , The Dread of Women, dans International Journal of Psychoanalysis , 13. 348-360, 1932
- Hillman, J., Suicide and the Soul , Hodder and stoughton, 1964
- Huber, W , La théorie psychanalytique de la personnalité Freud, dans Introduction à la psychologie de la personnalité P Sc H Bruxelles 5 147-203, 1977

- Irigaray, L , Speculum de l'autre femme , Ed de Minuit, Paris, 1974.
- Irigaray, L , Ce sexe qui n'en n'est pas un , Ed de Minuit, Paris, 1977
- Jaffé, A , Le symbolisme dans les Arts Plastiques, dans L'Homme et ses Symboles , Ed Laffont, Paris, 235-239, 1964
- Jung, C G , et al , L'homme et ses Symboles, Ed. Laffont, Paris, 1964
- Kaplan, H I , History of psychosomatic medicine , dans Comprehensive Textbook of Psychiatry IV, Ed Williams et Wilkins, Baltimore, 1985.
- Kernberg, O F , Melanie Klein dans Comprehensive Textbook of Psychiatry II, Freedman, Kaplan et Sadock, Baltimore, 10 4:641-650, 1976.
- Kestenberg, J , The role of movement patterns in development . I, Rythms of movement, dans The Psychoanalytic Quarterly , 34 1-36, 1965
- Kestenberg, J , Regression and reintegration in pregnancy, dans Female Psychology Views . Contemporary Psychoanalytic Views , Int Univ. Press, N Y , 1977
- Kestenberg, J , The inner-genital Phase -Prephallic and Preoedipal in Early Female Development Current Psychoanalytic Views , N.Y : SP Medical Scientific Books, 91-123, 1982
- Knapp, H P , Current theoritical concepts in Psychosomatic Medecine, dans Comprehensive Textbook of Psychiatry , IV, Ed. Williams et Wilkins, Baltimore, 1985
- Kramer, E , Art as therapy with children , Ed. Schocken Books Inc , N Y , 1971.
- Kramer, E , Childhood and Art Therapy , Ed. Schocken Books inc., N Y , 1979
- Kramer, E , Art Therapy in a Children's Community, Charles C. Thomas, Springfield, 1958
- Kramer, E , Art therapy Evaluation for Children, dans American Journal of Art Therapy, Vol 23 3-10, 1983.
- Krystal, J H , M D et al., Assessment of alexithymia in post-traumatic stress disorder and somatic illnesses . introduction of a reliable measure, dans Psychosomatic Medecine, 48(1) Janv.-Fev. 2, 1986.
- Lachman-Chapin, M , A Self Psychology Approach to Art Therapy, dans

- Approaches to art Theory, Ed J A Rubin, Brunnel/Mazel Pub , N Y , 1987
- Laplanche, J. et Pontalis, J B , Vocabulaire de la Psychanalyse , P U F , Paris, 1967.
- Leifer, M , Psychological effects of Motherhood, Ed , Praeger, N Y , 1980
- Leroi-Gourhan, Le geste et la parole, Tomes I et II, Ed Albin Michel, Paris, 1964
- Lewis, P P , The expressive arts therapies in the choreography of object relations dans The Arts in Psychotherapy, 14 321-333, Pergamon Journal Ltd., U S A., 1987
- Lowen, A., La Bio-Energie, Ed du Jour, N Y , 1976
- Lowen,A., Le Plaisir, Ed. du Jour, N Y , 1976
- Luquet, G -H., Le dessin enfantin, Ed Alean, Paris, 1927
- Luongo, C et Robbins,A , Imagery in theory and practice, dans Expressive Therapy, H S.P Inc ,95-112, 1986.
- Manuel Diagnostique et statistique des Troubles Mentaux DSM III , Ed Masson, Paris, 1985
- Marcia, B. et Leventhal, Movement Therapy with Minimal Brain Dysfunction Children, document distribué par Joannaby Sack, Univ Concordia, Dep Th. par l'Art, 1983
- Marbeau-Cleirens, B., Psychologie des mères , Ed P U F , Paris, 1966
- Marty,P., Les mouvements individuels de vie et de mort , Tome II Désorganisation et régressions, Payot, Paris, 1976
- Marty,P , L'ordre psychosomatique, Ed Payot, Paris, 1985
- Marty,P et coll., L'investigation psychosomatique , P U F , Paris, 1963
- Mc Connell, O L. et Daston,P.G , Body Image Changes in Pregnancy, dans Journal of Projective Techniques , Vo 25 451-456, 1961
- Mc Donald, R L., The role of emotional factors in obstetric complications a

- Review, dans Psychosomatic Medecine , 30 222-237, 1968
- McDougall, J , Théâtres du corps. Ed Gallimard, Paris, 1989
- Miller, R , The art therapy Process in the Context of the psychosomatic Syndrome and Alexithymia, thèse de maîtrise , Dep de Th par l'Art, Univ Concordia , Mtl , 1989
- Milner, M , L'Inconscient et la peinture. P.U.F , 1976
- Mendez, R N , Une expérience d'art non-figuratif dans un Institut médico-pédagogique, dans Art and Psychopathology , Volmat R , Wiart C , Excepta Medica, Amsterdam, 1969.
- Merleau-Ponty, M., Phenomenology of Perception , Ed. Routledge et Kegan Publishers, London, 1962
- Mittelman, B , Motility in therapy of children and adults, dans Psychoanalytic Study of the Child , No.12, 1957
- Mayer, M , Body therapy, dans Dance Magazine, distribué par Joannaby Sack, Univ Concordia, Dep Th. par l'Art, 1983
- Muret, M , Les arts-thérapies. Ed Retz, Paris, 1983
- Naud, J , Une Philosophie de L'Imagination , Ed. Bellarmin, 1979.
- Nemiah, J , Hysterical Neurosis, Conversion Type, dans Comprehensive Textbook of Psychiatry II, Kaplan, Sadock, Williams et Wilkins, Baltimore 21-1211-1214, 1985
- Offerman-Zuckenberg, J , Psychological warnings signals regarding pregnancy, dans Blum Bl., Ed. Psychological aspects of pregnancy, birthing and bonding . N Y , H S P , 1980
- Pepin, J -P., Les enjeux psycho-affectifs de la grossesse, dans P.R.I.S.M.E., vol 2, 1 14-23, 1991
- Perls, F , Hefferline, R E et Goodman, P., Gestalt Thérapie. Ed. Stanké, 1979.
- Pull, B , md , Hyperemesis gravidarum, dans Notes on a Presentation, Royal Victoria Hospital, Juil '1, 1984
- Reading, A., Psychological aspects of Pregnancy , Ed Longman, N.Y , 1983.

Robine, J.-M., Figures de la Gestalt-Thérapie, dans Le Projet en Psychothérapie, Ed ESF, 18-41, 1983

Rubin, J A., Child Art Therapy, Ed VNR Co, N Y, 1978

Sabatier, C. et Tourigny, M., Ecologie sociale de la famille immigrante haïtienne, dans P.R.I.S.M.E., vol 1, 2 18-38, 1990

Scarfone, D et Pepin, J -P, La thématique psychique dans les grossesses et les accouchements compliqués, dans P R I S M E, vol 2, 1 24-34, 1991

Schilder, P., The image and the appearance of the human body, Studies in the constructive energies of the psyche, I U P Inc, N Y, 1970

Schmais, C., Dance Therapy in perspective, Focus on Dance VII, dans American alliance for Health, Physical Education and Recreation, Wash, D C, 1974

Sednaoui- Mirza, M, Krymko-Bleton, I et Lortie, G, Les aspects psychologiques de l'accouchement prématuré dans P.R.I.S.M.E., vol 2, no 1 36-46, 1991

Shereshefsky, P M. et Yarrow, L J, Psychological Aspects of a First Pregnancy and Early Postnatal adaptation, dans Raven Press Pu, N Y, 1973

Shirley, Ch, Art therapy linked with movement, document distribué par Joannaby Sack, Univ Concordia, Dep de Th par l'Art, 1983

Siegel, E, Integrating Movement and Psychoanalytic Technique, dans Expressive Therapy, Hu Sc Press Inc, N Y, 261, 1986

Taylor, G J, et all., Psych alexithymia concept, measurement and implications for treatment, dans American Journal of Psychiatry, 141 6, 1984

Ulman, E, Art therapy Problems of definition, Bulletin of Art Therapy, vol 1, No 2, 1961

Vaccaro, M, Specific aspects of the psychology of art therapy in Art Psychotherapy, Vol 1 81-89, 1973

Wadeson, H., Art Psychotherapy, A Wiley-Interscience Pub, Ed J Wiley & Sons, N Y 1979

Waelder, R, The psychoanalytic Theory of Play, dans Psychoanalytic 153

Quarterley, 2 1933

Wallace E. , Heading through the visual arts, dans Approaches to art therapy
Theory and Technique Ed J A Rubin Brunner/Mazel Inc. N Y.
1987

Wallon H. , Importance du mouvement dans le développement psychologique
de l'enfant . Coll Enfance, 1959

Winnicott, D W . Playing and Reality. Basic Books, N Y., 1971.

Winnicott, D W . Processus de maturation chez l'enfant. P B P ,P aris. 1980.

Wolkind, St et Zajicek, E . Psycho-social correlates of nausea and vomiting in
pregnancy, dans Journal of Psychosomatic Research . Vol 22 1-5
Pergamon Press, 1978

World Book Encyclopedia Dictionary, Thorndike-Barnhart Dictionary. Double
Day Pub Co , Chicago. 1965

Zinker, J . Creative Process in Gestalt Therapy , Vintage Books, N Y , 1978.